

**PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
HASIL *INSPEKSI VISUAL ASAM ASETAT* (IVA)**

**Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018**

**Oleh :**

**SUSANTI PRATAMANINGTYAS, M.Keb  
NIDN. 4015017601**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
2018**

**LEMBAR PENGESAHAN**

Proposal Penelitian Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

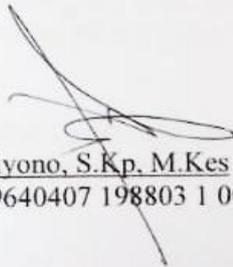
Dengan Judul :

**“PENGARUH PROGRAM WELL BEING BABY AND MOM  
(WELLINGBOM) TERHADAP KEMAMPUAN KADER DALAM  
MENDETEKSI KEHAMILAN RESIKO TINGGI DI PUSKESMAS  
SUKORAME KOTA KEDIRI”**

Telah disetujui untuk diajukan tanggal,

bulan November 2018

Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Jupriyono, S.Kp. M.Kes  
NIP. 19640407 198803 1 004

Ketua Tim Pelaksana  
Penelitian



Susanti Pratamaningtyas, M.Keb  
NIP. 19760115 200212 2 001

Mengetahui,  
Direktur Poltekkes Kemenkes Malang



Budi Susatia, S.Kp.M.Kes  
NIP. 196503181988031002

## ABSTRAK

### **Pratamaningtyas, Susanti. 2018. Analisis Faktor Determinan Yang Berpengaruh Terhadap Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri**

Kanker serviks atau kanker leher rahim merupakan kanker ganas yang paling sering mengincar wanita. Pemeriksaan dini atau pencegahan sekunder adalah pemeriksaan atau tes yang dilakukan pada orang yang belum tentu menunjukkan gejala penyakit untuk menemukan penyakit yang belum terlihat atau masih berada pada stadium pra klinik. Data Riset Kesehatan Dasar 2013, estimasi jumlah kasus kanker serviks 21.313 dengan dan yang telah dilakukan skrining 92.345 orang. Cakupan hasil kegiatan dari 2007 sampai 2014, yaitu telah dilakukan skrining terhadap 904.099 orang (2,45%), hasil IVA positif sebanyak 44.654 orang (4,94%), suspek kanker leher rahim sebanyak 1.056 orang (1,2 per 1.000 orang) , dan tumor payudara sebanyak 2.368 orang (2,6 per 1.000 orang). Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk Mengetahui analisis faktor determinan yang berpengaruh terhadap hasil inspeksi *Visual Asam Asetat* (IVA) di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri tahun 2018.

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sejumlah 106 responden yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Instrumen penelitian menggunakan lembar dokumentasi. Data di analisa menggunakan *chi square* ( $X^2$ )

Dari hasil penelitian ini, terdapat hubungan antara faktor umur, riwayat paparan asap rokok, kontrasepsi hormonal, usia pertama kali menikah, dan paritas dengan hasil pemeriksaan IVA. Sedangkan, tidak ada hubungan antara ras dan jumlah pasangan seksual dengan hasil pemeriksaan IVA. Faktor yang paling mempengaruhi hasil IVA adalah lamanya menikah.

**Kata Kunci** : WUS, pemeriksaan IVA, umur, riwayat paparan asap rokok, kontrasepsi hormonal, usia pertama kali menikah, paritas

## PRAKATA

Puji Syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan Penelitian Hibah Bersaing yang berjudul “Analisis Faktor Determinan Yang Berpengaruh Terhadap Hasil *Inspeksi Visual Asam Asetat (Iva)* Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018”

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di Lingkungan Poltekkes Kemenkes Malang dan sebagai perwujudan kepedulian civitas akademika untuk memberikan pelayanan secara langsung kepada masyarakat sesuai profesi. Penyusun menyadari sepenuhnya bahwakegiatan Penelitian ini tidak dapat terwujud dengan baik tanpa bantuan dari semua pihak yang terkait. Perkenankan Penyusun mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Budi Susatia, S.Kp.M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Malang.
2. Herawati Mansur, SST, S.Psi, M.Pd, selaku ketua Jurusan Kebidanan
3. Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp, M.Kep selaku unit litmas Poltekkes Kemenkes Malang
4. Siti Munawaroh, S.ST selaku bidan wilayah Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri
5. Para Wanita Usia Subur (WUS) yang telah bersedia menjadi responden
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu kelancaran pengabdian masyarakat ini, semoga bantuan dan dukungan yang telah diberikan mendapatkan imbalan yang baik dari Tuhan Yang Maha Esa,

Penyusun menyadari bahwa laporan Kegiatan ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu segala saran dan kritik sangat diharapkan untuk menyempurnakan karya ini.

Kediri, November 2018

Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul .....	i
Lembar Pengesahan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Abstrak .....	v
Prakata.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel .....	viii
Daftar Gambar.....	ix
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Faktor Risiko Terjadinya Kanker Serviks .....	5
2.2 Keluarga Berencana dan Kontrasepsi .....	7
2.3 Skrining / Deteksi Dini .....	12
2.4 Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) .....	15
2.5 Kerangka Konseptual .....	23
2.6 Hipotesis.....	23
<b>BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT</b>	
3.1 Tujuan Penelitian .....	24
3.1.1 Tujuan Umum .....	24
3.1.2 Tujuan Khusus .....	24
3.2 Manfaat .....	24
3.2.1 Manfaat Secara Teoritis .....	24
3.2.2 Manfaat Secara Praktis.....	24
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	26
4.2 Kerangka Operasional.....	26
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	27
4.3.1 Populasi.....	27
4.3.2 Sampel.....	27
4.3.3 Sampling .....	28
4.4 Variabel Penelitian .....	28
4.5 Definisi Operasional.....	29
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	30
4.8 Alat/ Instrumen yang digunakan .....	30
4.9 Teknik Pengolahan Data .....	30
4.9.1 Analisis Data .....	30
4.9.2 Langkah analisis.....	31
4.9.3 Rencana Penyajian Hasil.....	35
4.10 Etika Penelitian .....	36
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b> .....	38
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	50

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Efek Samping Dan Penanganan KB Pil .....	11
Tabel 2.2	Perhatian Khusus Untuk Penggunaan Pil Kombinasi .....	11
Tabel 2.3	Keadaan Yang Perlu Mendapat Perhatian.....	12
Tabel 2.4	<i>Natural history of cervical cancer: even infrequent screening of older women saves lives</i> .....	13
Tabel 4.1	Definisi Operasional analisis faktor determinan yang Berpengaruh Terhadap Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) .....	29
Tabel 4.2	Tabel Bantuan Chi Kuadrat.....	34
Tabel 4.3	Penyajian Analisis Univariat.....	35
Tabel 4.4	Penyajian Analisis Bivariat .....	36
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Hasil Pemeriksaan IVA .....	35

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Porsio Normal, IVA positif, dan Ca Cervix Positif.....	17
Gambar 4.1 Kerangka Operasonal .....	23

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kanker serviks atau kanker leher rahim merupakan kanker ganas yang paling sering mengincar wanita (Savitri,dkk, 2015). Menurut para ahli kanker, kanker leher rahim adalah salah satu jenis kanker yang paling dapat dicegah dan paling dapat disembuhkan dari semua kasus kanker (Diananda, 2008). Meskipun dapat dicegah, kanker serviks masih dianggap sebagai penyebab utama kematian di kalangan perempuan dari negara-negara berkembang (Samadi, 2011).

Penyebab kanker ini didominasi oleh *Human Papilloma Virus* atau lebih dikenal dengan virus HPV (Savitri,dkk,2015) 99,7% disebabkan oleh HPV(Samadi,2011), terdapat sejumlah bukti yang menunjukkan HPV sebagai penyebab neoplasma servikal. Seorang wanita dengan seksual aktif dapat terinfeksi HPV resiko tinggi (Rasjidi,2009). Semua perempuan berisiko kanker serviks, sehingga sangat penting untuk melakukan pemeriksaan dini (Samadi,2011). Pemeriksaan dini atau pencegahan sekunder adalah pemeriksaan atau tes yang di lakukan pada orang yang belum tentu menunjukkan gejala penyakit untuk menemukan penyakit yang belum terlihat atau masih berada pada stadium pra klinik (Rasjidi,2009).

Metode *Inspeksi Visual Asam Asetat* (IVA) adalah test menggunakan asam cuka (asam asetat 3-5%) dan larutan iosium lugol pada serviks dan melihat perubahan warna yang terjadi setelah dilakukan olesan (Rasjidi,2009). Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas tegas menjadi putih (*acetowhite*) yang mengindikasi bahwa leher rahim bungkin terdapat lesi pra-kanker.(Kemenkes RI,2015). Metode ini sudah banyak digunakan seperti di Puskesmas, BPM, ataupun di Rumah Sakit. Metode inspeksi visual lebih mudah, lebih sederhana, lebih mampu laksana, sehingga skrining dapat dilakukan dengan cakupan lebih luas dan diharapkan temuan kanker serviks dini akan bisa lebih banyak.(Samadi,2011). Kemampuan tersebut telah dibuktikan oleh berbagai penelitian.(Rasjidi, 2009). Untuk itu dianjurkan Tes IVA bagi semua perempuan berusia 30 sampai 50 tahun dan perempuan yang

sudah melakukan hubungan seksual sesuai dengan target program IVA tahun 2019 adalah 50% (Kemenkes RI.2015).

Beberapa negara maju telah berhasil menekan jumlah penderita kanker baik kasus maupun stadiumnya, pencapaian tersebut berkat program skrining masal yang telah digunakan untuk menekan angka kejadian kanker serviks, baik menggunakan *Pap Smear* maupun test IVA. (Rasjidi, 2009). Diperkirakan wanita di negara berkembang yang dilakukan skrining hanya mencapai 5 % dalam jangka waktu lima tahun (Samadi 2011), sedangkan di negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa wanita yang dilakukan skrining minimal satu kali sebanyak 70% sedangkan anjuran WHO pencapaian skrining dapat mencapai 80%.(Samadi 2011). Menurut *Alliance for Cervical Cancer Prevention* (2010), untuk menurunkan kejadian kanker serviks secara kumulatif dengan skrining, apabila dilakukan setiap tahun dapat menurunkan 90-93%, setiap 2 tahun sekali menurunkan 86-91% setiap 3 tahun sekali menurunkan 75-88%, 5 kali seumur hidup menurunkan 61-74%, apabila dilakukan 3 kali seumur hidup menurunkan 35-55%, 2 kali seumur hidup menurunkan 29-42% dan 1 kali seumur hidup menurunkan 17-32% (Rasjidi,2009).

Di Indonesia insidens kanker di Indonesia 134 per 100.000 penduduk, dengan insiden tertinggi pada perempuan adalah kanker payudara sebesar 40 per 100.000 diikuti kanker leher rahim 17 per 100.000 (kemenkes RI,2015). Prevalensi penderita kanker pada penduduk semua umur di Indonesia sebesar 1,4 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2013), serta merupakan penyebab kematian nomor 7 (5,7%) dari seluruh penyebab kematian (Riskesdas, 2013 dalam Buletin kanker,2015). Data Riset Kesehatan Dasar 2013, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI dan Data Rutin Subdit Pengendalian Penyakit Kanker Dit. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular, Ditjen Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI di Jawa Timur estimasi jumlah kasus kanker servik 21.313 dengan dan yang telah dilakukan skrining 92.345 orang. Sampai dengan tahun 2014, program telah berjalan pada 1.986 Puskesmas di 304 kabupaten/kota yang berada di 34 provinsi di Indonesia. Cakupan hasil

kegiatan dari 2007 sampai 2014, yaitu telah dilakukan skrining terhadap 904.099 orang (2,45%), hasil IVA positif sebanyak 44.654 orang (4,94%), suspek kanker leher rahim sebanyak 1.056 orang (1,2 per 1.000 orang) , dan tumor payudara sebanyak 2.368 orang (2,6 per 1.000 orang). (Buletin kanker.2015). Propinsi Jawa Timur, sebesar 16/100.000 Perempuan meninggal karena kanker serviks (Profil Kesehatan Jawa Timur.2014). Data dari Yayasan Kanker Indonesia (YKI) Kota Kediri tahun 2017 Sebanyak 7 orang di Yayasan Kanker Indonesia yang terkena kanker servik dari 300 orang yang memeriksakan diri di Yayasan Kanker Indonesia.

Ada 3 faktor penyerta yang bisa menjadi penyebab kanker serviks yaitu Ko-faktor yang bersifat eksogen misalnya kontrasepsi, kebiasaan merokok dan kebiasaan kegiatan seksual yang salah, Ko-faktor virus, Faktor ini disebabkan perbedaan tipe virus HPV, *viral load*, dan integrasi dari virus HPV yang menyerang tubuh, ko-faktor penjamu, yang berkaitan dengan hormon endogen, faktor genetic dan respon imunitas tubuh pada benda lain (Savitri, Astrid,dkk, 2015). Pemakaian kontrasepsi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker serviks. Kontrasepsi pil dalam jangka waktu lama (5 tahun atau lebih) meningkatkan risiko kanker serviks sebanyak 1,53 kali (Savitri,2015). Pil oral kombinasi memiliki implikasi terhadap kanker serviks, kemungkinan karena estrogen yang terdapat pada pil membuat ekstrofion pada servik menjadi lebih luas akibatnya terbentuk area yang lebih luas tempat metaplasia menjadi lebih rentan terhadap HPV. Hubungan antara penggunaan pil kontrasepsi oral kombinasi dengan kanker serviks belum dapat disimpulkan dan masih terus diteliti. Pil oral kombinasi 99% dapat mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar dan kehamilan merupakan faktor risiko untuk kanker serviks (Andrew,2010).Faktor yang juga dilaporkan meningkatkan risiko kanker leher rahim adalah penggunaan kontrasepsi hormonal, akan tetapi beberapa penelitian menunjukkan hasil yang berbeda – beda (Rasjidi,2009). Guven et al (2009) menghipotesis bahwa kekentalan lendir pada serviks akibat penggunaan pil KB menyokong terjadinya kanker serviks. Hal ini dikarenakan dengan kekentalan lendir tersebut akan memperlama keberadaan agen karsinogenik (penyebab kanker) di serviks

yang terbawa melalui hubungan seksual, termasuk virus HPV. Dijelaskan juga bahwa risiko kanker serviks juga meningkat pada penggunaan kontrasepsi oral pada usia sebelum 20 tahun (Nurwijaya, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian paramita et al (2010), menunjukkan bahwa *hormonal contraception* (estrogen dan progesterone) menunjukkan signifikansi (OR 4,21 CI:1,81-9,78; P 0,001) dan lama pemakaian 5 – 25 tahun (OR 4,17 CI:1,62-10,67; P 0,003). Sedangkan berdasarkan review jurnal Cibula D et al (2010), di menunjukkan Sebuah asosiasi telah ditemukan antara peningkatan risiko kanker serviks dan penggunaan OC jangka panjang dan menyimpulkan bahwa wanita yang ingin menggunakan OC gabungan dapat diyakinkan bahwa keputusan mereka tidak mungkin untuk menempatkan mereka pada risiko yang lebih tinggi terkena kanker. Berdasarkan studi pendahuluan di puskesmas wilayah Mojodari 10 orang yang diperiksa didapatkan ada 5 orang dengan dengan hasil IVA positif 3 orang memakai kontrasepsi hormonal (1 orang suntik, dan 2 orang pil) dan 2 orang tidak memakai alat kontrasepsi. Mengingat hal tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Analisis Faktor Determinan yang Berhubungan Terhadap Hasil Inspeksi *Visual Asam Asetat* (IVA) Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah faktor determinan yang berhubungan terhadap hasil inspeksi *Visual Asam Asetat* (IVA) di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri tahun 2018?

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Faktor Risiko Terjadinya Kanker Serviks**

Kini diketahui bahwa HPV (*Human Papilloma Virus*) merupakan etiologi utama. HPV masuk ke dalam famili papillomaviridae dan sekarang lebih dari 100 serotipe telah ditemukan. Adapun yang menyebabkan kanker serviks yaitu HPV berisiko tinggi seperti HPV 16 dan 18. Disamping itu, berbagai faktor risiko kanker serviks adalah sebagai berikut :

1) **Tingkat sosio-ekonomi yang rendah**

Berkaitan dengan tingkat kesadaran untuk melakukan deteksi dini. Hal ini dipersulit dengan keterbatasan melakukan skrining dengan paps smear.

2) **Kebiasaan merokok**

Baik perokok aktif dan pasif akan meningkatkan risiko kanker serviks. Di antara wanita yang terinfeksi HPV, risiko untuk kanker invasif akan meningkat dua hingga tiga kali lipat pada wanita yang masih atau telah berhenti merokok. Meskipun mekanisme mendasari belum diketahui, merokok dapat mengubah infeksi HPV.( Cunnigham FG,) Hal ini disebabkan oleh asap rokok mengandung *polycyclic aromatic hydrocarbons heterocyclic amine* yang sangat karsinogen dan mutagen. Bahan karsinogen ini dapat ditemukan pada mukus serviks yang kemudian merusak DNA epitel serviks sehingga dapat menimbulkan kanker serviks. Selain itu, rokok juga memiliki efek immunosupresif.( Rasjidi I).

3) **Multiparitas**

Berdasarkan studi kasus-kontrol, wanita yang pernah tujuh kali hamil cukup bulan akan berisiko empat kali lipat sedangkan wanita dengan satu atau dua kali kehamilan akan berisiko dua kali lipat dibandingkan wanita nulipara (Munoz;2000).<sup>1</sup> Sebuah teori mengatakan bahwa wanita tersebut harus melakukan hubungan seksual tanpa pengaman sehingga pajanan terhadap HPV meningkat, Selain itu, ketidakseimbangan hormon dan penurunan sistem imun selama kehamilan diduga mampu meningkatkan infeksi HPV dan pertumbuhan sel kanker.( American cancer society)

4) Penggunaan pil KB

Wanita yang positif terinfeksi HPV dan menggunakan pil KB oral kombinasi akan berisiko empat kali lipat untuk menderita kanker serviks dibandingkan wanita yang positif terinfeksi HPV dan tidak pernah menggunakan pil KB (Moreno;2002). Risiko menjadi dua kali lipat pada wanita yang menggunakan pil KB lebih dari 5 tahun, dan kembali menurun setelah berhenti selama 10 tahun. Hal ini disebabkan oleh hormon memiliki efek permisif terhadap pertumbuhan kanker serviks dengan meningkatkan proliferasi sel sehingga lebih rentan terhadap mutasi. Sebagai contoh, estrogen, yang bersifat anti apoptosis sehingga sel yang terinfeksi HPV akan berproliferasi terus-menerus. (Cunnigham FG)

5) Aktivitas seksual

Banyaknya pasangan seksual (>4 orang) dan hubungan seksual pertama di usia dini (di bawah 16 atau 20 tahun) akan meningkatkan risiko. Pasangan seksual lebih dari enam meningkatkan risiko kanker serviks secara signifikan (Berrington; 2007).

6) Agen infeksius

Berdasarkan teknik *in situ*, terdapat RNA HSV spesifik pada sampe jaringan wanita dengan displasia serviks. Selain itu, infeksi trikomonas, sifilis, dan gonokokus menjadi faktor risiko secara tidak langsung yang dikaitkan dengan hubungan seksual multipartner.<sup>2</sup> Berdasarkan beberapa studi, infeksi klamidia yang sering menyebabkan inflamasi pelvis tampaknya meningkatkan risiko kanker serviks pada wanita yang telah atau sedang terinfeksi klamidia. (American cancer society).

7) Diet

Dari beberapa penelitian, defisiensi asam folat, vitamin C, E, dan beta karoten berhubungan dengan risiko terjadinya kanker serviks.( Rasjidi I).

8) Etnis

Di Amerika Serikat, ras negro, hispanik, dan wanita Asia memiliki insidens kanker serviks lebih tinggi dibandingkan ras kulit putih.(American cancer society).

9) Genetik

Meskipun tidak berkaitan secara langsung, risiko akan meningkat 2-3 kali jika memiliki ibu atau kakak perempuan dengan riwayat kanker serviks.

10) Dietilstilbestrol (DES)

Sebelum dilarang oleh FDA pada tahun 1971, DES digunakan untuk mencegah keguguran. Ibu yang mengonsumsi DES pada 16 minggu pertama kehamilan dapat menimbulkan adenokarsinoma vagina pada anak perempuannya. Tidak hanya itu, risiko terhadap pertumbuhan karsinoma sel skuamosa dan lesi prekanker serviks juga meningkat. (American cancer society).

11) Imunosupresi

Penurunan sistem imun seperti pasien AIDS, resipien transplantasi, dan penyakit autoimun lainnya menyebabkan lesi pre-kanker akan tumbuh cepat menjadi kanker invasif. (American cancer society).

## **2.2 Keluarga Berencana dan Kontrasepsi**

- 1) Keluarga berencana (KB) adalah suatu tindakan yang membantu suami istri atau individu untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang direncanakan, mengatur interval diantara kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hanafi, 2010).
- 2) Kontrasepsi merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual dan merupakan salah satu pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan (Affandi, 2011).
- 3) Kontrasepsi adalah cara untuk mencegah terjadinya konsepsi/pembuahan (terjadinya pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma) (Manuaba, 2012).

### **2.2.1 Kontrasepsi Oral**

Pil kombinasi adalah metode kontrasepsi yang berbentuk pil yang efektif dan reversibel bila diminum setiap hari (Affandi, 2011).

1) Profil

- (a) Efektif dan reversible.
- (b) Harus diminum setiap hari.

- (c) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera hilang
- (d) Efek samping serius sangat jarang terjadi
- (e) Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum
- (f) Dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil
- (g) Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui
- (h) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi,2011).

## 2) Jenis

- (a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif E / P dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif
- (b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif E / P dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif
- (c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif E / P dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

(Affandi,2011).

## 3) Cara Kerja

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
- (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (WHO,2013).

## 4) Manfaat

- (a) Memiliki efektifitas yang tinggi bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)
- (b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid

- (e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan
- (f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
- (g) Mudah dihentikan setiap saat
- (h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- (j) Membantu mencegah : kehamilan ektopik, kanker endometrium, kanker ovarium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore (Affandi,2011).

#### 5) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
- (b) Mual, terutama pada 3 bulan pertama
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan terutama 3 bulan pertama
- (d) Pusing
- (e) Nyeri payudara
- (f) Berat badan naik sedikit
- (g) Berhenti haid
- (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
- (i) Pada sebagian kecil, dapat mengakibatkan depresi dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang
- (j) Dapat mengakibatkan TD dan retensi cairan, sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena sedit terganggu
- (k) Tidak mencegah IMS, HBV, HIV / AIDS  
(Affandi,2011)
- (l) Tidak cocok pada perokok berusia diatas 35 tahun
- (m) Perlu diminum secara teratur, secara cermat dan konsisten  
(Suzanne Everett, 2012)

#### 6) Syarat

- (a) Yang dapat menggunakan pil
  - (1) Usia reproduksi
  - (2) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak
  - (3) Gemuk atau kurus

- (4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi
  - (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
  - (6) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif
  - (7) Pasca keguguran
  - (8) Anemia karena haid berlebihan
  - (9) Nyeri haid hebat
  - (10) Siklus haid tidak teratur
  - (11) Pemakaian kehamilan ektopik
  - (12) Kelainan payudara jinak
  - (13) Kencing manis tanpa komplikasi ginjal, pembuluh darah, mata dan syaraf
  - (14) Penyakit thyroid, radang panggul, endometritis atau tumor ovarium jinak
  - (15) Menderita TBC
  - (16) Varises mata
- (b) Yang tidak boleh menggunakan :
- (1) Hamil atau dicurigai hamil
  - (2) Menyusui eksklusif
  - (3) Perdarahan pervaginam
  - (4) Hepatitis
  - (5) Perokok dengan usia > 35 tahun
  - (6) Pemakaian penyakit jantung, stoke, atau TD > 180/110 mmHg
  - (7) Pemakaian gangguan factor pembekuan darah atau DM > 20 tahun
  - (8) Kanker payudara
  - (9) Migrain dan gejala neurologik (epilepsy)
  - (10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur tiap hari (Affandi,2011).

7) Waktu Mulai Menggunakan

- (a) Setiap saat selagi haid
- (b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
- (c) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual

Setelah melahirkan :

- (1) Setelah 6 bulan pemberian ASI Eksklusif
- (2) Setelah 3 bulan dan tidak menyusui
- (3) Pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- (d) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa harus menunggu haid (Affandi,2011).

8) Penanganan

**Tabel. 2.1 Efek Samping Dan Penanganan KB Pil**

<b>Efek samping atau masalah</b>	<b>Penanganan</b>
Amenore	Periksa dalam atau tes kehamilan, bila tidak hamil dan lien minum pil dengan benar, tenanglah. Tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus
Mual, pusing atau muntah	Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam, atau sebelum tidur
Perdarahan pervaginam / spotting	Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi pada 3 bulan pertama, dan lambat laun akan berhenti

(Affandi,2011)

**Tabel 2.2 Perhatian Khusus Untuk Penggunaan Pil Kombinasi**

	<b>Kedaaan</b>	<b>Saran</b>
Tekanan darah tinggi	S >160 mmHg, atau D >90 mmHg	Pil tidak boleh digunakan
Kencing manis	Tanpa komplikasi	Pil dapat diberikan
Migrain	Tanpa gejala neurologik fokal yang berhubungan dengan nyeri kepala	Pil dapat diberikan
Menggunakan obat fenitoin, barbiturate, rifampisin		Pil dengan dosis etinilestradiol 50 mg
Anemia bukan sabit		Pil jangan digunakan

(Affandi,2011)

**Tabel. 2.3 Keadaan Yang Perlu Mendapat Perhatian**

<b>Tanda</b>	<b>Masalah yang mungkin terjadi</b>
1. Nyeri dada hebat, batuk, nafas pendek	1. Serangan jantung atau bekuan darah di dalam paru
2. Sakit kepala hebat	2. Stroke, HT, migraine
3. Nyeri tungkai hebat (betis atau paha)	3. Sumbatan pembuluh darah tungkai
4. Nyeri abdomen hebat	4. Penyakit empedu, bekuan darah, pankreatitis
5. Kehilangan penglihatan atau kabur	5. Stoke, HT atau problem vaskuler
6. Tidak terjadi perdarahan / spotting setelah minum pil	6. Kemungkinan kehamilan

(Sulistyawati,2013)

## **2.3 Skrining/ Deteksi Dini**

### **2.3.1 Definisi Skrining/ deteksi dini**

Skrining yaitu pemeriksaan atau tes yang dilakukan pada orang yang belum menunjukkan adanya gejala penyakit, untuk menemukan penyakit yang belum terlihat atau masih pada stadium klinik (Rasjidi,2009).

Skrining adalah upaya pemeriksaan atau tes yang sederhana dan mudah untuk dilaksanakan pada populasi masyarakat sehat yang bertujuan untuk membedakan masyarakat yang sakit atau beresiko terkena penyakit diantara masyarakat sehat (Kemenkes RI, 2015)

### **2.3.2 Tujuan Skrining**

Tujuan skrining adalah untuk menemukan secara dini, kanker yang masih bisa disembuhkan, dan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas kanker (Rasjidi,2009).

Deteksi dini didasarkan pada:

- 1) Perjalanan penyakit kanker umumnya mulai dari kanker insitu atau kanker local dalam taraf seluler atau organ.Fase kanker local umumnya cukup lama sebelum mengadakan invasi keluar organ atau sebelum mengadakan metastase.
- 2) Banyak kanker yang timbul dari tumor tau lesi pra-kanker yang telah lama ada.
- 3) Lebih dari 75% terdapat pada organ atau tempat – tempat yang mudah diperiksa sehingga mudah ditemukan.
- 4) Penderita kanker umumnya baru datang ke dokter sesudah penyakitnya dalam stadium lanjut.

- 5) Analisis faktor determinan yang berhubungan terhadap hasil inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri tahun 2018
- 6) Hasil pengobatan kanker dini jauh lebih baik dari stadium lanjut. Kanker dini dapat disembuhkan dan kanker lanjut sukar atau tidak dapat disembuhkan. Makin dini kanker ditemukan dan diobati makin baik prognosenya. Pengobatan tumor jinak atau lesi prakanker, mencegah timbulnya kanker dapat merupakan prevensi primer terhadap kanker.
- 7) Penyembuhan kanker secara spontan hampir tidak pernah ada (Rasjidi,2009).

**Tabel 2.4 *Natural history of cervical cancer: even infrequent screening of older women saves lives.***

Frekuensi skrining	Penurunan Angka Kejadian Kanker Serviks dalam persen
Setiap tahun	90-93
Setiap 2 tahun	86-91
Setiap 3 tahun	75-88
5 kali selama hidup	61-74
3 kali selama hidup	35-55
2 kali selama hidup	29-42
1 kali selama hidup	17-32

Sumber: ACCP. Cervical cancer prevention: Fact sheet. April, 2003 dalam ACCP 2010

### **2.3.3 Syarat Skrining.**

Menurut Rasjidi (2009) karena syarat skrining memerlukan banyak biaya dan tenaga maka perlu diperhitungkan efektifitasnya antara lain:

- 1) Test cukup sensitive dan spesifik
- 2) Test dapat diterima oleh masyarakat, aman, tidak berbahaya, murah dan sederhana
- 3) Penyakit atau masalah yang akan di skrining merupakan masalah yang cukup serius, prevalensi tinggi, merupakan masalah kesehatan masyarakat.
- 4) Kebijakan intervensi atau pengobatan yang akan dilakukan setelah dilaksanakan skrining harus jelas.

Program pemeriksaan skrining yang dianjurkan untuk kanker serviks menurut WHO (2002) dalam WHO 2010, adalah dilakukan pada setiap wanita umur 30-40 tahun minimal satu kali, apabila fasilitas tersedia dilakukan setiap 10 tahun pada wanita usia 35-55 tahun dan apabila fasilitas tersedia lengkap dilakukan setiap 5 tahun untuk ideal atau optimal dilakukan setiap 3 tahun pada wanita usia 25-65 tahun (kemenkes RI,2015).

#### **2.3.4 Metode Skrining Kanker Serviks**

- 1) *Test Pap smear* untuk skrining kanker serviks, untuk mendeteksi kanker insitu, alasan test ini adalah untuk menemukan proses- proses premalignant dan malignant di ectoservix dan infeksi dalam endoservix dan endometrium (Arum,2015).
- 2) Inspeksi Visual Asam Asetat adalah : inspeksi porsio dengan mata telanjang dan dinyatakan positif apabila setelah 60 detik pengolesan asam asetat 3-5% tampak daerah berwarna putih atau *White Epithelium (WE)* (Kemenkes RI,2015).
- 3) Kolposkopi adalah pemeriksaan melihat porsio dengan pembesaran tingkat tinggi untuk menampilkan porsio kemudian dipulas terlebih dahulu dengan asam asetat 3-5% pada porsio dengan kelainan HPV atau *Neoplasia Intra Epitel Cerviks (NIS)* akan terlihat bercak putih atau perubahan pembuluh darah. Kolposkopi dapat berperan sebagai alat skrining awal, namun ketersediaan alat ini terbatas karena mahal, oleh karena itu alat ini lebih sering digunakan dalam prosedur pemeriksaan lanjut dari hasil *Pap smear* yang abnormal (Arum,2015).
- 4) Tes DNA-HPV telah dibuktikan bahwa lebih 90% kondiloma serviks, NIS dan kanker serviks mengandung DNA-HPV. Hubungan dinilai kuat dan tiap tipe HPV mempunyai hubungan patologi yang berbeda, tipe 6 dan 11 termasuk tipe HPV risiko rendah jarang ditemukan pada karsinoma invasif kecuali karsinoma verukosa. Tipe 16, 18, 31 dan 45 tergolong tipe HPV risiko tinggi, HPV tipe ini dilakukan dengan hibridasi DNA (Rasjidi,2009).

## **2.4 Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)**

### **2.4.1 Definisi IVA**

Inspeksi Visual Asam Asetat adalah salah satu cara melakukan tes kanker Inspeksi visual dapat dilakukan dengan mata telanjang atau dengan pembesaran gineskopi. Metode IVA menggunakan cairan asam asetat 3-5% dipulaskan pada serviks sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Pada lesi pra kanker, 30 - 60 detik setelah pulasan akan tampak bercak warna putih yang disebut *WE*, bercak putih disimpulkan bahwa tes IVA positif. Dari berbagai penelitian diperoleh sensitifitasnya berkisar antara 64%-87%, nilai prediksi positif sebesar 97%, dan nilai prediksi negatif sebesar 40%. Dari uraian diatas dapat dipahami bahwa metode skrining alternatif kanker serviks di negara berkembang seperti Indonesia (Kemenkes RI,2015).

IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim dengan larutan asam asetat 3-5% (Samadi,2011). Laporan hasil konsultasi WHO menyebutkan bahwa IVA dapat mendeteksi lesi tingkat pra kanker (high-Grade Precancerous Lesions) dengan sensitivitas sekitar 66-96% dan spesifitas 64-98%. Sedangkan nilai prediksi positif (positive predictive value) dan nilai prediksi negatif (negative predictive value) masing-masing antara 10-20% dan 92-97% (Arum, 2015)

### **2.4.2 Teknik melakukan IVA**

Tindakan IVA dimulai dengan penilaian klien dan persiapan, tindakan IVA, pencatatan dan diakhiri dengan konseling hasil pemeriksaan. Penilaian klien didahului dengan menanyakan riwayat singkat tentang kesehatan reproduksi dan harus ditulis di status, termasuk komponen berikut:

- 1) Paritas
- 2) Usia pertama kali berhubungan seksual atau usia pertama kali menikah
- 3) Pemakaian alat KB
- 4) Jumlah pasangan seksual atau sudah berapa kali menikah
- 5) Riwayat IMS (termasuk HIV)
- 6) Merokok

- 7) Hasil pap smear sebelumnya yang abnormal
- 8) Ibu atau saudara perempuan kandung yang menderita Kanker Leher Rahim
- 9) Penggunaan steroids atau obat-obat alergi yang lama (kronis)
  - a. Penilaian Klien dan Persiapan Terdapat beberapa langkah untuk melakukan penilaian klien dan persiapan tindakan IVA yaitu:
    - (1) Sebelum melakukan tes iva, diskusikan tindakan dengan ibu/klien. Jelaskan mengapa tes tersebut dianjurkan dan apa yang akan terjadi pada saat pemeriksaan. Diskusikan juga mengenai sifat temuan yang paling mungkin dan tindak lanjut atau pengobatan yang mungkin diperlukan.
    - (2) Pastikan semua peralatan dan bahan yang diperlukan tersedia, termasuk spekulum steril atau yang telah di dtt, kapas lidi dalam wadah bersih, botol berisi larutan asam asetat dan sumber cahaya yang memadai. Tes sumber cahaya untuk memastikan apakah masih berfungsi.
    - (3) Bawa ibu ke ruang pemeriksaan. Minta dia untuk buang air kecil (bak) jika belum dilakukan. Jika tangannya kurang bersih, minta ibu membersihkan dan membilas daerah kemaluan sampai bersih. Minta ibu untuk melepas pakaian (termasuk pakaian dalam) sehingga dapat dilakukan pemeriksaan panggul dan tes iva. Jika hasil tes ibu/klien adalah positif dan memerlukan pengobatan, tetapi ibu/klien merasa membutuhkan konsultasi suami/keluarga sebelum tindakan, ibu diperbolehkan pulang untuk mendiskusikan dengan suami/keluarga, sehingga mereka siap menerima pengobatan krioterapi.
    - (4) Bantu ibu untuk memposisikan dirinya di meja ginekologi dan tutup badan ibu dengan kain, nyalakan lampu/senter dan arahkan ke vagina ibu.
    - (5) Cuci tangan secara merata dengan sabun dan air sampai benar-benar bersih, kemudian keringkan dengan kain bersih atau diangin-anginkan. Lakukan palpasi abdomen, dan perhatikan apabila ada kelainan. Periksa juga bagian lipat paha, apakah ada benjolan atau

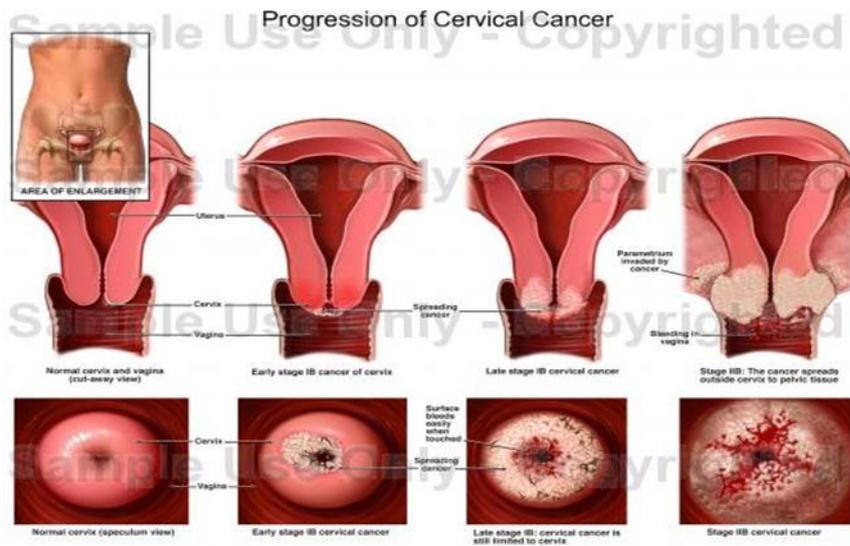
ulkus (apabila terdapat ulkus terbuka, pemeriksaan dilakukan dengan memakai sarung tangan). Cuci tangan kembali.

- (6) Pakai sepasang sarung tangan periksa yang baru pada kedua tangan atau sarung tangan bedah yang telah di-DDT
  - (7) Atur peralatan dan bahan pada nampan atau wadah yang telah di-DDT, jika belum dilakukan (Kemenkes RI, 2015).
- b. Tes IVA dilakukan dengan langkah sebagai berikut:
- (1) Inspeksi/periksa genitalia eksternal dan lihat apakah terjadi discharge pada mulut uretra. Palpasi kelenjar Skene's and Bartholin's. Jangan menyentuh klitoris, karena akan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu. Katakan pada ibu/klien bahwa spekulum akan dimasukkan dan mungkin ibu akan merasakan beberapa tekanan.
  - (2) Dengan hati-hati masukkan spekulum sepenuhnya atau sampai terasa ada tahanan lalu secara perlahan buka bilah/daun spekulum untuk melihat leher rahim.
  - (3) Atur spekulum sehingga seluruh leher rahim dapat terlihat. Hal tersebut mungkin sulit pada kasus dengan leher rahim yang berukuran besar atau sangat anterior atau posterior. Mungkin perlu menggunakan spatula atau alat lain untuk mendorong leher rahim dengan hati-hati ke atas atau ke bawah agar dapat terlihat.
  - (4) Bila leher rahim dapat terlihat seluruh kunci spekulum dalam posisi terbuka sehingga tetap berada di tempatnya saat melihat leher rahim. Dengan cara ini petugas memiliki satu tangan yang bebas bergerak. Catatan: Jika dinding vagina sangat lemah, gunakan spatula kayu atau alat lain untuk mendorong jaringan ikat yang menonjol diantara bilah/cocor bebek spekulum. Cara lain, sebelum memasukkan spekulum, pasangkan kondom pada kedua bilah/cocor bebek dan potong ujung kondom. Pada saat spekulum dimasukkan dan cocor bebek dibuka, kondom dapat mencegah dinding vagina agar tidak masuk rongga antara bilah/cocor bebek. Catatan: Selama proses tindakan, mungkin perlu untuk menyesuaikan baik sudut pandang

spekulum atau posisi lampu/senter agar dapat melihat leher rahim dengan baik.

- (5) Jika sedang memakai sarung tangan lapis pertama/luar, celupkan tangan tersebut ke dalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan tersebut dengan membalik sisi dalam ke luar. Jika sarung tangan bedah akan digunakan kembali, didesinfeksi dengan merendam ke dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Jika ingin membuang, buang sarung tangan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
- (6) Pindahkan sumber cahaya agar leher rahim dapat terlihat dengan jelas.
- (7) Amati leher rahim apakah ada infeksi (cervicitis) seperti discharge/cairan keputihan mucous ectopi (ectropion); kista Nabothy atau kista Nabothian, nanah, atau lesi “strawberry” (infeksi *Trichomonas*)
- (8) Gunakan kapas lidi bersih untuk membersihkan cairan yang keluar, darah atau mukosa dari leher rahim. Buang kapas lidi ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik.
- (9) Identifikasi ostium servikalis dan SSK serta daerah di sekitarnya.
- (10) Basahi kapas lidi dengan larutan asam asetat dan oleskan pada leher rahim. Bila perlu, gunakan kapas lidi bersih untuk mengulang pengolesan asam asetat sampai seluruh permukaan leher rahim benar-benar telah dioleskan asam asetat secara merata. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
- (11) Setelah leher rahim dioleskan larutan asam asetat, tunggu selama 1 menit agar diserap dan memunculkan reaksi acetowhite.
- (12) Periksa SSK dengan teliti. Lihat apakah leher rahim mudah berdarah. Cari apakah ada bercak putih yang tebal atau *epithel acetowhite*. yang menandakan IVA positif

**Gambar 2.1 Porsio Normal, IVA Positif dan Ca Cervix Positif**



- (13) Bila perlu, oleskan kembali asam asetat atau usap leher rahim dengan kapas lidi bersih untuk menghilangkan mukosa, darah atau debris yang terjadi saat pemeriksaan dan mungkin mengganggu pandangan. Buang kapas lidi yang telah dipakai.
- (14) Bila pemeriksaan visual pada leher rahim telah selesai, gunakan kapas lidi yang baru untuk menghilangkan sisa asam asetat dari leher rahim dan vagina. Buang kapas sehabis dipakai pada tempatnya.
- (15) Lepaskan spekulum secara halus. Jika hasil tes IVA negatif, letakkan spekulum ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk didesinfeksi. Jika hasil tes IVA positif dan setelah konseling pasien menginginkan pengobatan segera, letakan spekulum pada nampan atau wadah agar dapat digunakan pada saat krioterapi.
- (16) Lakukan pemeriksaan bimanual dan rectovagina (bila diindikasikan). Periksa kelembutan gerakan leher rahim; ukuran, bentuk, dan posisi rahim; apakah ada kehamilan atau abnormalitas dan pembesaran uterus atau kepekaan (tenderness) pada adnexa (Kemenkes RI, 2015).

c. Setelah Tes IVA

- 1) Bersihkan lampu dengan lap yang dibasahi larutan klorin 0.5% atau alkohol untuk menghindari kontaminasi silang antar pasien.

- 2) Celupkan kedua sarung tangan yang masih akan dipakai lagi ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan dengan cara membalik sisi dalam ke luar lalu letakkan ke dalam wadah anti bocor atau kantong plastik. Jika pemeriksaan rectovaginal telah dilakukan, sarung tangan harus dibuang. Jika sarung tangan bedah akan dipakai ulang, rendam kedua sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk desinfeksi. IVA Positif IVA Negatif
- 3) Cuci tangan dengan air sabun sampai benar-benar bersih lalu keringkan dengan kain yang bersih atau dengan cara diangin-anginkan.
- 4) Jika hasil tes IVA negatif, minta ibu untuk mundur dan bantu ibu untuk duduk. Minta ibu agar berpakaian.
- 5) Catat hasil temuan tes IVA bersama temuan lain seperti bukti adanya infeksi (cervicitis); ectropion; kista Nabothian, ulkus atau “strawberry leher rahim.” Jika terjadi perubahan acetowhite, yang merupakan ciri adanya lesi-prakanker, catat hasil pemeriksaan leher rahim sebagai abnormal. Gambarkan sebuah “peta” leher rahim pada area yang berpenyakit pada formulir catatan.
- 6) Diskusikan dengan klien hasil tes IVA dan pemeriksaan panggul bersama Ibu/klien. Jika hasil tes IVA negatif, beritahu kapan klien harus kembali untuk tes IVA
- 7) Jika hasil tes IVA positif atau diduga ada kanker, katakan pada ibu/klien langkah selanjutnya yang dianjurkan. Jika pengobatan dapat segera diberikan, diskusikan kemungkinan tersebut bersamanya. Jika perlu rujukan untuk tes atau pengobatan lebih lanjut, aturlah waktu untuk rujukan dan berikan formulir yang diperlukan sebelum ibu/klien tersebut meninggalkan Puskesmas/klinik. Akan lebih baik jika kepastian waktu rujukan dapat disampaikan pada waktu itu juga (Kemenkes RI, 2015).

### 2.4.3 Kategori IVA

Menurut (Sukaca E. Bertiani, 2009) Ada beberapa kategori yang dapat dipergunakan, salah satu kategori yang dapat dipergunakan adalah:

- a. IVA negatif = menunjukkan leher rahim normal.
- b. IVA radang = Serviks dengan radang (servisitits), atau kelainan jinak lainnya (polip serviks).
- c. IVA positif = ditemukan bercak putih (aceto white epithelium). Kelompok ini yang menjadi sasaran temuan skrining kanker serviks dengan metode IVA karena temuan ini mengarah pada diagnosis Serviks-pra kanker (dispalsia ringan-sedang-berat atau kanker serviks in situ).
- d. IVA-Kanker serviks = Pada tahap ini pun, untuk upaya penurunan temuan stadium kanker serviks, masih akan bermanfaat bagi penurunan kematian akibat kanker serviks bila ditemukan masih pada stadium invasif dini (stadium IB-IIA).

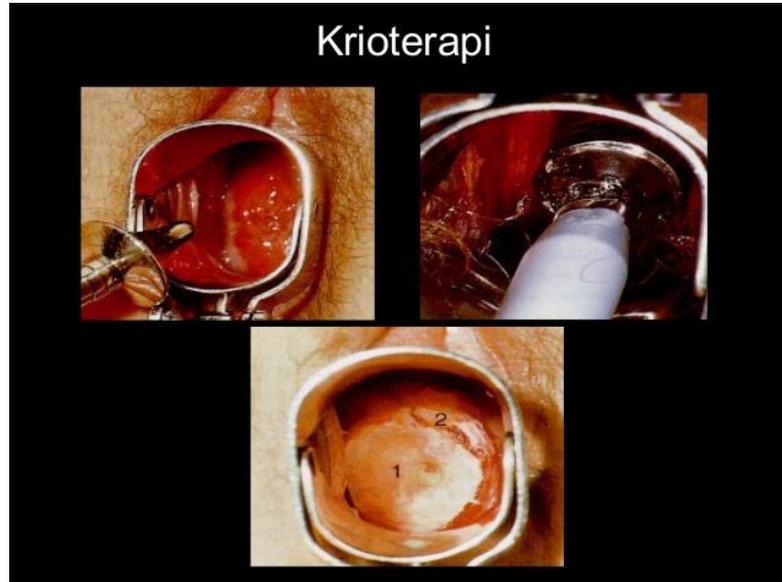
### 2.4.4 Pengobatan IVA Positif

Penapisan dan pendekatan pengobatan pada IVA positif menurut Kemenkes RI, (2015) yang dianjurkan adalah bisa diberikan pada system kesehatan tingkat rendah, dapat dilakukan pada kunjungan yang sama, dapat dilakukan oleh bidan, perawat dan menawarkan kesembuhan yang lebih baik dengan rasio biaya dan manfaat untuk mengobati lesi yang kemungkinan kecil menjadi kanker.

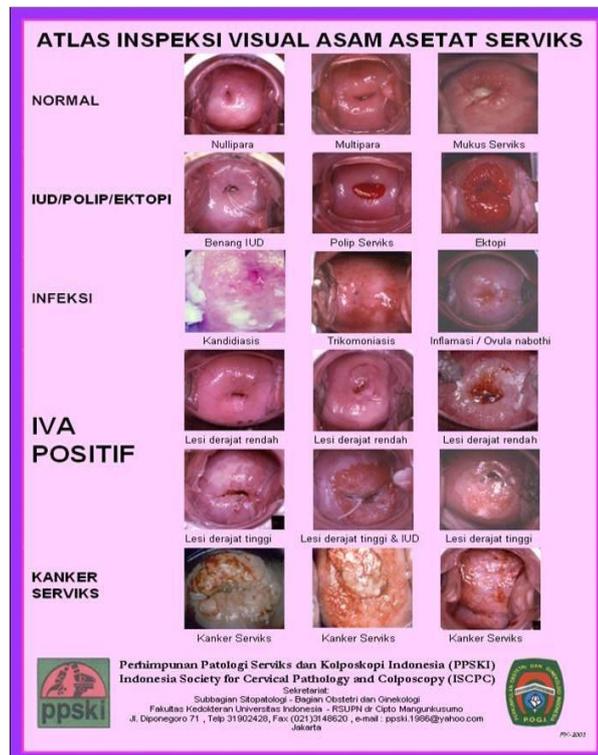
Metode krioterapi adalah membekukan serviks yang terdapat lesi prakanker pada suhu yang amat dingin (dengan gas CO<sub>2</sub>) sehingga sel-sel pada area tersebut mati dan luruh, dan selanjutnya akan tumbuh sel-sel baru yang sehat (Samadi Priyanto. H, 2011)

Krioterapi atau *double freeze* adalah pembekuan serviks menggunakan karbon dioksida maupun gas nitroksida sebagai bahan pendingin, dilakukan terus menerus selama 3 menit, membiarkan lesi mencair selama 5 menit kemudian mengoleskan pendingin selama 3-5 menit sampai membeku. Angka kesembuhan 90% untuk lesi lanjut sampai CIN III, *double freeze* lebih baik 10% bila dibandingkan dengan *single freeze*. Keunggulan krioterapi adalah alat sederhana, mudah dipelajari, tidak memerlukan anestesi lokal maupun listrik dan sedikit efek

samping antara lain kram, keputihan atau cairan vagina encer kurang lebih 6 minggu. Kekurangan krioterapi adalah tidak ada jaringan ikat yang dikonfirmasi *histologist* dari lesi yang dibutuhkan pasokan pendingin atau *coolan* cair secara teratur. (Kemenkes RI, 2015)

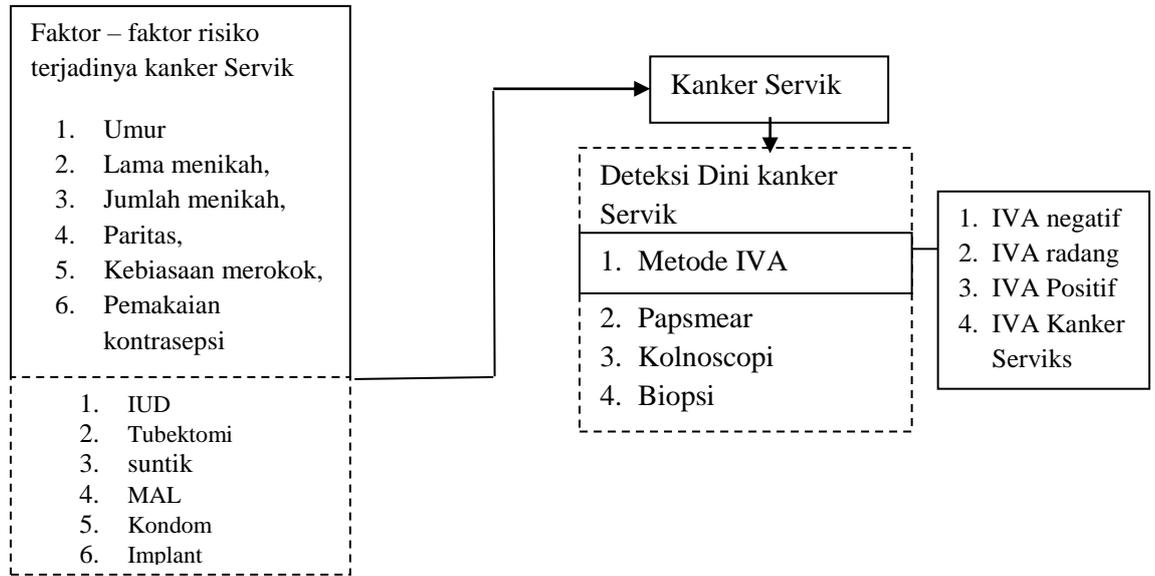


**Gambar 2.2 Tampilan Serviks Setelah Krioterapi**



**Gambar 2.3 Atlas IVA**

## 2.5 Kerangka Konseptual Penelitian



### Keterangan

- : Diteliti  
 : Tidak diteliti  
 : Berhubungan  
 → : Berhubungan

**Gambar 2.3 Analisis Faktor Determinan Yang Berhubungan Terhadap Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)**

## 2.6 Hipotesis Penelitian

H<sub>1</sub> : Umur, lama menikah, jumlah menikah, Paritas, kebiasaan merokok pemakaian kontrasepsi Berhubungan Terhadap Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)

## **BAB 3**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1 Tujuan Penelitian**

##### **3.1.1 Tujuan Umum**

Mengetahui analisis faktor determinan yang berhubungan terhadap hasil inspeksi *Visual Asam Asetat* (IVA) di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri tahun 2018.

##### **3.1.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- b. Menganalisis hubungan lama pemakaian kontrasepsi hormonal dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat.
- c. Menganalisis hubungan umur dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- d. Menganalisis hubungan usia pertama kali menikah dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- e. Menganalisis hubungan jumlah pasangan sexual dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- f. Menganalisis hubungan ras dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- g. Menganalisis hubungan dan besar resiko paritas terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- h. Menganalisis hubungan riwayat paparan asap rokok dan besar resiko terhadap hasil Inspeksi Visual Asam Asetat
- i. Mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh pada hasil Inspeksi Visual Asetat

## **3.2 Manfaat Penelitian**

### **3.2.1 Manfaat Teoritis**

Mengetahui analisis faktor determinan yang berhubungan terhadap hasil inspeksi *Visual Asam Asetat* (IVA) di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri tahun 2018.

### **3.2.2 Manfaat Praktis**

#### a. Bagi Masyarakat

Memberi pengetahuan kepada masyarakat terutama PUS faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap hasil pemeriksaan IVA untuk mencegah risiko terjadinya kanker serviks

#### b. Bagi tenaga kesehatan

- 1) Meningkatkan konseling tentang skrining IVA dan penggunaan alat kontrasepsi serta sebagai upaya preventif dan promotif untuk menurunkan angka kematian akibat kanker servik.
- 2) Meningkatkan pengetahuan mengenai hubungan umur, lama menikah, jumlah pernikahan, paritas dan pemakaian kontrasepsi oral kombinasi dengan hasil skrining IVA.
- 3) Masukan positif untuk pelaksanaan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) baik.

#### c. Bagi peneliti

Sebagai bahan masukan yang akan digunakan sebagai bekal praktik dan ikut berpartisipasi dalam meningkatkan program pencegahan kanker servik dengan skrining IVA.

## BAB 4

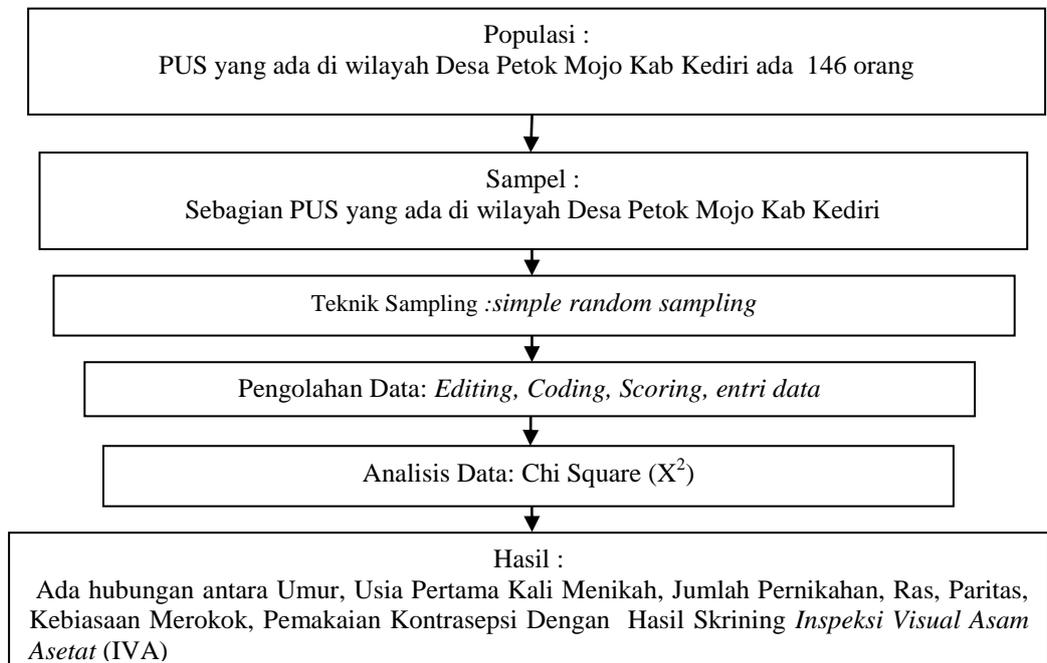
### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa menghubungkan akurasi suatu hasil (Nursalam, 2009). Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik, yaitu bertujuan untuk mencari hubungan antar variable dengan rancangan penelitian prospektif. Pendekatan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* merupakan penelitian pada beberapa populasi yang diamati pada waktu yang sama (Hidayat, 2009). Penelitian ini, peneliti melakukan pengumpulan data pada suatu waktu baik factor risiko umur, usia pertama kali menikah, jumlah pernikahan, ras, paritas, kebiasaan merokok, pemakaian kontrasepsi hormonal dengan variabel hasil *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*.

#### 4.2 Kerangka Operasional

Kerangka kerja merupakan bagan rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka kerja meliputi populasi, sampel, dan teknik *sampling* penelitian, teknis pengumpulan data, dan analisis data (Hidayat, 2009).



**Gambar 4.1** Kerangka Operasional Penelitian Hubungan Umur, Usia Pertama Kali Menikah, Jumlah Pernikahan, Ras, Paritas, Kebiasaan Merokok, Pemakaian Kontrasepsi Dengan Hasil Skrining *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*

### 4.3 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

#### 4.9.3 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua PUS di Desa Petok kecamatan Mojo tahun 2018 sejumlah 146 orang.

#### 4.9.4 Sampel

Sampel adalah terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian PUS di Desa Petok kecamatan Mojo tahun 2018.

Untuk menentukan besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat signifikansi (p)

Diketahui : N =146

$$n = \frac{146}{1+146(0,05^2)}$$

$$n = \frac{146}{1,365}$$

$$n = 106$$

Jumlah sampel yang telah ditetapkan sebanyak 106 orang.

#### **4.9.5 Sampling**

*Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2009). Teknik pengambilan sampel (*sampling*) yang digunakan dalam penelitian ini adalah *rondom sampling* yaitu pengambilan sampel dengan secara acak yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Nursalam, 2003) dalam (Hidayat, A. 2009).

Kriteria Inklusi adalah :

- a. PUS wilayah Desa Petok Kecamatan Mojoyang belum terdeteksi kanker servik

Kriteria Eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian yang penyebabnya.

Kriteria Eksklusinya adalah .:

- a. Wanita yang IMS
- b. PUS Post Coitus sehari sebelum IVA test dilakukan.

#### **4.4 Variabel Penelitian**

Menurut (Notoatmodjo, 2010) bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu.

##### **1. Variabel Bebas (*Independent Variable*)**

Merupakan variabel risiko atau sebab. Variabel bebas pada penelitian ini adalah umur, usia pertama kali menikah, jumlah pernikahan, ras, paritas, kebiasaan merokok, pemakaian kontrasepsi dengan hasil skrining *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*.

##### **2. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)**

Merupakan variabel akibat atau efek. Variabel terikat pada penelitian ini adalah hasil skrining *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2009). Definisi Operasional dalam penelitian ini dapat disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini

**Tabel 4.1 Definisi Operasional analisis faktor determinan yang Berhubungan Terhadap Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)**

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Skala	Kriteria
<b>Variabel Independen :</b>				
a. Usia	Usia ibu saat melakukan pemeriksaan IVA	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. Usia < 30 tahun 2. Usia ≥ 30 tahun
b. Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan.	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. ≤2 anak 2. > 2 anak
c. Ras	Asal responden dilahirkan	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. Jawa 2. Non Jawa
d. Usia pertama Kali menikah	Usia saat responden pertama kali menikah	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. ≤ 20 tahun 2. > 20 tahun
e. Jumlah Pasangan Seksual	Jumlah pasangan responden dalam melakukan hubungan seksual	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. 1 2. >1
f. Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal	Jangka waktu penggunaan alat kontrasepsi hormonal	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. < 5 tahun 2. ≥ 5 tahun
g. Riwayat Paparan Asap Rokok	Riwayat responden dalam terpaparnya asap rokok	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. Ya 2. Tidak
<b>Variabel Dependen :</b> Hasil Pemeriksaan IVA	Hasil pembacaan pemeriksaan IVA sesuai dengan katagori IVA	Lembar Dokumentasi	Nominal	1. Hasil IVA + 2. Hasil IVA -

#### 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

- a. Tempat penelitian di Desa Petok Kec Mojo Kabupaten Kediri
- b. Penelitian dilaksanakan pada September tahun 2018

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu :

- a. Mengurus surat izin studi pendahuluan dari poltekkes Kemenkes Malang
- b. Menyerahkan surat permohonan izin pengambilan data awal ke Dinkes Kabupaten Kediri.
- c. Dinkes menyerahkan izin penelitian ke lahan penelitian.
- d. Pengambilan data diperoleh dari puskesmas wilayah Kabupaten Kediri dan penelitian dilakukan dengan :
  - 1) Melakukan pencocokan data yang ada di Desa Petok Kecamatan Mojo
  - 2) Melihat hasil pemeriksaan Skrining kanker serviks dengan metode IVA dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada responden yang termasuk dalam kriteria inklusi.

#### **4.8 Alat/Instrumen yang Digunakan**

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang digunakan adalah peralatan IVA tes, atlas pembacaan hasil IVA.

#### **4.9 Teknik Pengolahan/Analisis Data**

##### **4.9.1 Analisis Data**

Data yang telah diolah baik pengolahan secara manual maupun menggunakan bantuan komputer, tidak akan ada maknanya tanpa dianalisis. Data adalah kumpulan huruf/kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Untuk kepentingan statistik, data dikelompokkan menjadi dua yaitu data kategorik dan numerik. Data kategorik atau data kualitatif, merupakan data dari hasil penggolongan atau pengklasifikasian data dan pada umumnya berisi variabel yang berskala nominal dan ordinal. Sedangkan data numerik merupakan variabel hasil penghitungan dan pengukuran dan mencakup variabel yang berskala interval dan rasio (Notoatmodjo, 2010).

Analisis data suatu penelitian biasanya melalui prosedur bertahap antara lain yaitu :

- a. Analisis *univariate* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis *univariate* tergantung dari jenis datanya.
- b. Analisis *bivariate* yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis *bivariate* dalam penelitian ini adalah menganalisis hubungan usia, paritas, ras, usia pertama kali menikah, jumlah pasangan seksual, lama penggunaan kontrasepsi hormonal, dan riwayat paparan asap rokok dengan hasil skrining *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*

Penelitian ini uji hipotesis variabel (X) atau usia, paritas, ras, usia pertama kali menikah, jumlah pasangan seksual, lama penggunaan kontrasepsi hormonal, dan riwayat paparan asap rokok dengan variabel (Y) atau variabel hasil skrining *Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)*. Penelitian ini menggunakan uji chi square karena variabel X menggunakan skala nominal dan Y menggunakan skala nominal (Hidayat, 2009).

#### **4.9.2 Langkah Analisis**

- a. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan ( Hidayat, 2010).

- b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori (Hidayat, 2010).

Peneliti dalam penelitian ini memberikan kode sebagai berikut :

1. Data Khusus

- a. Lama Pemakaian Kontrasepsi oral

1. <5 tahun kode 1
2.  $\geq 5$  tahun kode 2

- a. Umur

1. < 30 tahun kode 1

- 2. >30 tahun kode 2
- b. Usia Pertama Kali Menikah
  - 1.  $\leq 20$  tahun kode 1
  - 2. > 20 tahun kode 2
- c. Jumlah Pasangan Seksual
  - 1. 1 kode 1
  - 2. >1 kode 2
- d. Ras
  - 1. Jawa kode 1
  - 2. Non Jawa kode 2
- e. Paritas
  - 1. 1- 2 kode 1
  - 2. > 2 kode 2
- f. Kebiasaan merokok
  - 1. Ya kode 1
  - 2. Tidak kode 2
- g. Hasil IVA
  - 1. IVA negatif diberi kode 1
  - 2. IVA positif diberi kode 2

c. *Scoring*

*Scoring* merupakan kegiatan pemberian skor (*scoring*) terhadap item-item yang perlu diberi skor (Arikunto, 2006). Setelah data terkumpul diperiksa kelengkapannya kemudian peneliti melakukan analisis dan dengan teknik deskriptif kualitatif.

d. *Entri data*

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau data base komputer (Hidayat, 2009)

Peneliti memasukkan data yang telah dikumpulkan ke program analisis computer untuk kemudian dilakukan analisis.

d. Hasil Analisis

a. Analisis *Univariat*

Analisis *univariate* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo,2014). Distribusi frekuensi dan presentase untuk menganalisis yaitu usia, paritas, ras, usia pertama kali menikah, jumlah pasangan seksual, lama penggunaan kontrasepsi hormonal, dan riwayat paparan asap rokok

Distribusi prosentase dicari dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{X}{N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P : Prosentase

X : frekuensi responden berdasarkan kriteria

N : jumlah keseluruhan responden

b. Analisis *Bivariat*

Analisis *Bivariat* yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2014). Apabila telah dilakukan analisis bivariate tersebut diatas, hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi variabel, dan dapat dilanjutkan analisis bivariat. Dalam penelitian ini menggunakan prinsip uji *chi-square* karena digunakan pada data berskala nominal untuk menganalisis variabel dependent dan variabel independent dengan tujuan analisis komparasi :

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - fh)^2}{fh}$$

Keterangan :

$X^2$  = Nilai Hitung

$F_o$  = Frekuensi Observasi

$F_h$  = Frekuensi Harapan

- 1) Untuk mencari  $fh$  dengan cara jumlah data atau  $n$  dibagi kategori
- 2) Mencari  $\chi^2$  hitung dengan menggunakan tabel bantuan  $\alpha$  5 % dan  $df$  (degree of freedom) yaitu 1 (Hardjito, K. 2012).

**Tabel 4.2 Tabel bantuan Chi Kuadrat**

Sel	$f_o$	$f_h$	$(f_o - f_h - 0,5)^2$	$(f_o \cdot f_h - 0,5)^2 / f_h$
A				
B				
C				
D				
				Total

### 4.9.3 Penyajian Hasil

Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga penyajian dalam bentuk teks (textular), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik. Penyajian secara textular biasanya digunakan untuk data kualitatif, penyajian dengan tabel digunakan untuk data yang sudah diklasifikasikan dan ditabulasi, tetapi apabila data akan diperlihatkan atau dibandingkan secara kuantitatif, maka lebih baik disajikan dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2014). Pada penelitian ini hasil akan disajikan dalam bentuk tabel, yaitu tabel univariat untuk data yang menjelaskan distribusi dari setiap variabel yaitu

usia, paritas, jarak kehamilan, berat janin dan letak janin. Cara interpretasi dapat berdasarkan presentase, sebagaimana dengan skala berikut ini :

- 100 % = seluruh dari responden
- 76%-99% = hampir seluruh dari responden
- 51%-75% = sebagian besar dari responden
- 50 % = setengahnya dari response
- 26%-49% = hampir setengahnya dari responden
- 1%-25% = sebagian kecil dari responden
- 0% = tidak satupun dari responden (Arikunto, 2006).

#### 4.9.4 Rencana Penyajian Hasil

Teknik penyajian data merupakan cara bagaimana untuk menyajikan data sebaik-baiknya agar mudah dipahami oleh pembaca (Hidayat,2009). Rencana penyajian hasil dalam penelitian ini menggunakan prinsip penyajian data komunikatif dan lengkap, dalam arti data yang disajikan dapat menarik perhatian pihak lain untuk membacanya dan mudah memahami artinya. Peneliti menyajikan hasil penelitian ini dalam bentuk diagram dan tabel.

##### a. Tabel Analisis Univariat

**Tabel 4.3 Penyajian Analisis Univariat**

No.	Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Hasil Pemeriksaan IVA	N	Persentase (%)
1	Kelompok Umur	< 30 tahun	
		≥ 30 tahun	
Jumlah			
2.	Usia Pertama Kali Menikah	< 20 tahun	
		≥ 20 tahun	
Jumlah			
3.	Jumlah Pasangan Sexual	1	
		>1	
Jumlah			
4.	Ras	Jawa	
		Non Jawa	

Jumlah	
5. Paritas	$\leq 2$ $> 2$
Jumlah	
6. Kebiasaan Merokok	Aktif Pasif
Jumlah	
7. Kontrasepsi Hormonal	$< 5$ tahun $\geq 5$ tahun
Jumlah	

b. Tabel Analisis Bivariate

**Tabel 4.4 Penyajian Analisis Bivariat**

Faktor Yang Memhubungani	IVA Tes		Total	X <sup>2</sup>
	Positif	Negatif		
Klasifikasi	N			
	%			
Klasifikasi	N			
	%			
Total	N			
	%			

Interpretasi dilakukan dengan cara :

1. 0% : berarti tidak satupun responden.
2. 1%-24% : berarti sebagian kecil responden.
3. 25%-49% : berarti hampir setengah responden.
4. 50% : berarti setengah responden.
5. 51%-75% : berarti sebagian besar responden.
6. 76%-99% : berarti hampir seluruh responden.
7. 100% : berarti seluruh responden.

(Barney Glaser dan Anselm Strauss, 2008)

#### 4.10 Etika Penelitian

a. *Informed Consent* (Lembar persetujuan menjadi responden)

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Setelah pemberian informasi tentang penelitian yang akan

dilakukan, responden diwajibkan mengisi lembar *informed consent* sebagai bentuk persetujuan dan kesepakatan. Dalam penelitian yang dilakukan, peneliti melakukan tindakan invasif berupa pemeriksaan IVA.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur atau hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

Dalam pemberian kuesioner responden hanya menuliskan inisial namanya untuk menjaga kerahasiaan dirinya.

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2009).

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Analisis Univariat

Pada analisis ini, akan menggambarkan distribusi frekuensi faktor-faktor yang berhubungan dengan hasil pemeriksaan inspeksi visual asetat (iva) di desa petok kecamatan mojo kabupaten kediri.

Distribusi frekuensi faktor-faktor yang berhubungan dengan hasil pemeriksaan inspeksi visual asetat (IVA) dapat dilihat pada tabel 5.1

**Tabel 5.1 Ditribusi Frekuensi Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

No.	Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Hasil Pemeriksaan IVA	N	Persentase (%)
1.	Lama Pemakaian Kontrasepsi Hormonal < 5 tahun	40	54,05
	>= 5 tahun	34	45,95
Jumlah		74	100
2.	Kelompok Umur < 30 tahun	34	32,08
	>= 30 tahun	72	67,92
Jumlah		106	100
3.	Usia Pertama Kali Menikah < 20 tahun	47	44,34
	>= 20 tahun	59	55,66
Jumlah		106	100
4.	Jumlah Pasangan Sexual 1	99	93,40
	>1	7	6,60
Jumlah		106	100
5.	Ras Jawa	100	94,34
	Non Jawa	6	5,66
Jumlah		106	100
6.	Paritas ≤2	83	78,30
	>2	23	21,70
Jumlah		106	100
7.	Riwayat paparan asap rokok Aktif	97	91,51
	Pasif	9	8,49
Jumlah		106	100

### **5.1.1 Distribusi Frekuensi Lama Pemakaian Kontrasepsi Hormonal**

Dalam penelitian ini, kontrasepsi hormonal dibagi menjadi dua kelompok, yaitu WUS yang telah menggunakan kontrasepsi < 5 tahun dan  $\geq 5$  tahun. WUS yang menggunakan kontrasepsi hormonal diantaranya WUS yang menggunakan kontrasepsi suntik, implan, dan pil. Hasil penelitian tentang kelompok lama pemakaian kontrasepsi menunjukkan 40 orang (54,05%) menggunakan kontrasepsi < 5 tahun sebanyak dan 34 orang (45,95%) telah menggunakan kontrasepsi  $\geq 5$  tahun.

### **5.1.2 Distribusi Frekuensi Umur**

Dalam penelitian ini, umur dibagi menjadi dua kelompok, yaitu umur < 30 tahun dan  $\geq 30$  tahun. Hal ini dikarenakan kasus kejadian kanker leher rahim paling sering terjadi pada usia  $\geq 30$  tahun, sehingga WUS dengan umur  $\geq 30$  tahun diharapkan lebih banyak melakukan pemeriksaan IVA dibandingkan dengan WUS yang berumur <30 tahun.

Hasil penelitian tentang kelompok umur menunjukkan sebanyak 34 orang (32,08%) berumur < 30 tahun dan 72 orang (67,92%) berumur  $\geq 30$  tahun.

Pada usia dewasa cenderung lebih berhati-hati dalam melakukan tindakan terhadap kesehatan mereka. Secara umum tingkat kedewasaan pada usia tua lebih mungkin untuk melakukan perilaku sehat seperti melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

Kelompok usia yang lebih dewasa ini meyakini manfaat perilaku sehat dalam pencegahan penyakit. Pada kelompok usia dewasa yang lebih tua menganggap diri mereka rentan terhadap penyakit daripada usia dewasa muda, sehingga pada usia dewasa lebih tua lebih banyak melakukan tindakan pencegahan karena mereka merasa lebih rentan terhadap penyakit.

### **5.1.3 Distribusi Frekuensi Usia Pertama Kali Menikah**

Dalam penelitian ini, usia pertama kali menikah dibagi menjadi dua kelompok, yaitu . Hasil penelitian tentang kelompok menikah pada usia <20 tahun menunjukkan sebanyak 47 orang (44,34%) sedangkan menikah pada usia  $\geq 20$  tahun sebanyak 59 orang (55,66%).

#### **5.1.4 Distribusi Frekuensi Jumlah Pasangan Sexual**

Dalam penelitian ini, jumlah pernikahan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu WUS yang menikah 1 kali (memiliki 1 pasangan seksual) dan WUS yang memiliki >1 pasangan seksual. Hasil penelitian tentang kelompok jumlah pernikahan menunjukkan sebanyak 99 orang (93,40%) memiliki 1 orang pasangan seksual dan 7 orang (6,60) memiliki lebih dari 1 pasangan seksual. WUS yang memiliki lebih dari 1 pasangan seksual dikarenakan memiliki status janda cerai atau janda mati yang menikah lagi.

#### **5.1.5 Distribusi Frekuensi Ras**

Dalam penelitian ini, ras dibagi menjadi dua kelompok, yaitu ras jawa dan non jawa. Hasil penelitian tentang kelompok ras menunjukkan sebanyak 100 orang (94,34%) memiliki ras jawa dan 6 orang (5,66%) memiliki ras non jawa.

#### **5.1.6 Distribusi Frekuensi Paritas**

Dalam penelitian ini, paritas dibagi menjadi dua kelompok, yaitu yang memiliki anak  $\leq 2$  dan  $> 2$ . Hasil penelitian tentang kelompok paritas menunjukkan sebanyak 83 orang (78,30%) memiliki anak  $\leq 2$  dan 23 orang (21,70%) memiliki anak  $> 2$  orang.

#### **5.1.7 Distribusi Frekuensi Riwayat Paparan Asap Rokok**

Dalam penelitian ini, kebiasaan merokok dibagi menjadi dua kelompok, yaitu perokok aktif dan pasif. Hasil penelitian tentang kelompok merokok menunjukkan sebanyak 97 orang (91,51%) merupakan perokok pasif, yang berarti suami/ orang disekitarnya adalah perokok. Dan 9 (8,49%) orang tidak pernah merokok dan suaminya tidak merokok

### **5.2 Analisis Bivariate**

Analisis bivariate merupakan uji statistic yang digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variable independen (umur, lama pernikahan, jumlah pernikahan, ras, paritas, kebiasaan merokok, kontrasepsi hormonal, kontrasepsi non hormonal) dengan variable dependeh (hasil pemeriksaan IVA).

Dalam penelitian ini digunakan uji chi square. Apabila nilai, maka keputusannya adalah H0 ditolak yang artinya ada hubungan antara variable dependen dan variable independen, atau berarti ada hubungan yang signifikan. Tetapi apabila  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel diartikan tidak ada perbedaan proporsi antara variable dependen dan independen, atau berarti tidak ada hubungan yang signifikan.

### 5.2.1 Distribusi Frekuensi Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal

**Tabel 5.1 Hubungan Frekuensi Riwayat Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Riwayat Kontrasepsi	IVA Tes		Total	$X^2$
	Positif	Negatif		
<5 tahun	N	10	40	21,765
	%	25%		
$\geq 5$ tahun	N	27	34	100%
	%	79,41		
Total	N	37	74	100%
	%	50%		

$X^2$  hitung pada hubungan frekuensi riwayat lama penggunaan kontrasepsi hormonal dengan hasil pemeriksaan IVA adalah 21,765 sementara df nya adalah 3,841. Sehingga  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel, yang berarti ada hubungan antara lama penggunaan kontrasepsi hormonal dengan hasil IVA tes.

### 5.2.2 Distribusi Frekuensi Umur

**Tabel 5.2 Hubungan Frekuensi Umur dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Umur	IVA Tes		Total	$X^2$
	Positif	Negatif		
<30 tahun	N	14	34	4,850
	%	41,18%		
$\geq 30$ tahun	N	46	72	100%
	%	63,89%		
Total	N	60	106	100%
	%	56,60%		

$X^2$  hitung pada hubungan frekuensi umur dengan hasil pemeriksaan IVA adalah 4,850 sementara df nya adalah 3,841. Sehingga  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel, yang berarti ada hubungan antara frekuensi umur dengan hasil IVA tes.

### 5.2.3 Distribusi Frekuensi Usia Pertama Menikah

**Tabel 5.3 Hubungan Frekuensi Usia Pertama Menikah dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Usia Pertama Menikah	IVA Tes		Total	$X^2$
	Positif	Negatif		
≤ 20 Tahun	N	34	13	8,513
	%	72,34%	27,66%	
>20 Tahun	N	26	33	100%
	%	44,07%	55,93%	
Total	N	60	46	106
	%	56,60%	43,40%	

$X^2$  hitung pada hubungan frekuensi usia pertama menikah dengan hasil pemeriksaan IVA adalah 8,513 sementara df nya adalah 3,841. Sehingga  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel, yang berarti ada hubungan antara usia pertama menikah dengan hasil IVA tes.

### 5.2.4 Distribusi Frekuensi Jumlah Pasangan Seksual

**Tabel 5.4 Hubungan Frekuensi Jumlah Pasangan Seksual dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Pasangan seksual	IVA Tes		Total	p
	Positif	Negatif		
Satu	N	58	41	0,235
	%	58,59	41,41	
Lebih dari satu	N	2	5	7
	%	28,57	71,43	
Total	N	60	46	106
	%	56,60	43,40	

Penghitungan ini turun menjadi fisher exact dikarenakan syarat yang tidak terpenuhi menggunakan chi square, sehingga p nya adalah 0,235. Jika  $p >$  dari 0,05 maka ada hubungan antara jumlah pasangan seksual dan kejadian IVA.

### 5.2.5 Distribusi Frekuensi Ras

**Tabel 5.5 Hubungan Frekuensi RAS dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Suku Bangsa	IVA Tes		Total	p	
	Positif	Negatif			
Jawa	N	55	45	100	0.230
	%	55%	45%	100,0%	
Luar Jawa	N	5	1	6	100,0%
	%	83,33%	16,67	100,0%	
Total	N	60	46	106	100,0%
	%	56,6%	43,4%	100,0%	

Penghitungan ini turun menjadi fisher exact dikarenakan syarat yang tidak terpenuhi menggunakan chi square, sehingga p nya adalah 0,230. Jika  $p >$  dari 0,05 maka ada hubungan antara ras dan kejadian IVA.

### 5.2.6 Distribusi Frekuensi Paritas

**Tabel 5.6 Hubungan Frekuensi Paritas dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Paritas	IVA Tes		Total	$X^2$	
	Positif	Negatif			
$\leq 2$	N	53	30	67	8,189
	%	79,10	20,90	100,0%	
$> 2$	N	7	16	39	100,0%
	%	55,56	44,44	100,0%	
Total	N	60	46	106	100,0%
	%	56,6%	43,4%	100,0%	

$X^2$  hitung pada variable ini adalah 8,189 sementara df nya adalah 3,841. Sehingga  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel, yang berarti ada hubungan antara paritas dengan hasil IVA tes.

### 5.2.7 Distribusi Frekuensi Riwayat Paparan Asap Rokok

**Tabel 5.5 Hubungan Frekuensi Riwayat Paparan Asap Rokok dengan Hasil Pemeriksaan IVA**

Paritas	IVA Tes		Total	p
	Positif	Negatif		
Iya	N	59	38	0,010
	%	60,82	39,18	
Tidak	N	1	8	9
	%	11,11	89,89	
Total	N	60	46	106
	%	56,6%	43,4%	
			100,0%	

Penghitungan ini turun menjadi fisher exact dikarenakan syarat yang tidak terpenuhi menggunakan chi square, sehingga p nya adalah 0,010. Jika  $p < 0,05$  maka tidak ada hubungan antara riwayat paparan asap rokok dan kejadian IVA.

### **5.3 Pembahasan Hasil Penelitian**

#### **5.3.1 Riwayat Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal**

Berdasarkan hasil uji statistik dapat diketahui bahwa dapat disimpulkan bahwa variabel kontrasepsi hormonal berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Penggunaan kontrasepsi oral dilaporkan meningkatkan insiden NIS meskipun secara tidak langsung, diduga mempercepat perkembangan progresivitas lesi. Pendapat ini masih kontroversi sebab penelitian lain tidak menemukan hubungan yang jelas antara kontrasepsi oral dengan NIS (Diananda, 2009). Perubahan epitel serviks terlihat setelah pemakaian pil kontrasepsi 5 tahun berturut-turut (Rusmana, 2009). Penggunaan kontrasepsi terutama pil KB kemungkinan mengurangi kadar vitamin C, B12, B6, asam folate B2 dan zinc yang terlibat dalam kekebalan tubuh. Tercatat bahwa 67% wanita dengan kanker leher rahim memiliki sedikitnya 1 kadar vitamin abnormal, 38% terlihat banyak terjadi gangguan penyerapan nutrisi dalam tubuhnya (Emilia, 2010). Terjadi peningkatan insiden 2 kali lipat pada wanita yang mengkonsumsi kontrasepsi oral lebih dari 5 tahun (Samadi, 2011).

#### **5.3.2 Hubungan Faktor Umur dan Hasil Pemeriksaan IVA**

Dapat disimpulkan bahwa variabel umur berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Umur adalah lamanya hidup yang dilalui terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat dilakukan penelitian. Umur responden pada penelitian ini paling rendah 19 tahun dan paling tinggi 55 tahun. Umumnya kejadian IVA positif ditemukan pada usia 30-50 tahun, namun sebagian besar kejadian IVA positif meningkat pada usia  $\geq 35$  tahun (Wahyuningsih, 2013). Orang yang telah hidup lebih lama, terpajan agen penyebab kanker (karsinogen) lebih lama pula. Penuaan menurunkan kemampuan tubuh untuk melindungi diri dari karsinogen dan semakin melemahnya sistem kekebalan tubuh.

Deteksi dini kanker serviks menurut Kemenkes (2015) dianjurkan bagi semua wanita di Indonesia yang berada pada usia 30-50 tahun. Dimana rentang usia tersebut memudahkan ditemukannya lesi pra-kanker. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Nubeis Aids (1998) yang menyatakan bahwa umur berhubungan terhadap kemampuan untuk belajar menyesuaikan diri. Hal ini dapat terjadi karena perilaku tidak hanya dihubungkan oleh umur seseorang, tetapi dapat juga dihubungkan oleh faktor lingkungan sekitar dan kebiasaan sehari-hari yang dilakukan orang tersebut. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Teori Green (1980) bahwa faktor sosio demografi dalam hal ini umur berhubungan terhadap perbedaan dalam perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Perilaku kesehatan inilah yang juga menghubungkan hasil dari hasil deteksi dini menggunakan IVA.

### **5.3.3 Umur Pertama Kali Menikah**

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa variabel usia pertama kali menikah berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Menikah pada usia 20 tahun dianggap terlalu muda untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seks idealnya dilakukan setelah seorang wanita benar-benar matang. Ukuran kematangan bukan hanya dilihat dari sudah menstruasi atau belum. Kematangan juga bergantung pada sel-sel mukosa yang terdapat di selaput kulit bagian dalam rongga tubuh. Umumnya sel-sel mukosa baru matang setelah wanita berusia 20 tahun ke atas. Jadi, seorang wanita yang menjalin hubungan seks pada usia remaja, paling rawan bila dilakukan di bawah usia 16 tahun. Hal ini berkaitan dengan kematangan sel-sel mukosa pada serviks. Pada usia muda, sel-sel mukosa pada serviks belum matang. Artinya, masih rentan terhadap rangsangan sehingga tidak siap menerima rangsangan dari luar. Termasuk zat-zat kimia yang dibawa sperma. Karena masih rentan, sel-sel mukosa bisa berubah sifat menjadi kanker. Sifat sel kanker selalu berubah setiap saat yaitu mati dan tumbuh lagi. Dengan adanya rangsangan sel bisa tumbuh lebih banyak dari sel yang mati, sehingga perubahannya tidak seimbang lagi. Kelebihan sel ini akhirnya bisa berubah sifat menjadi sel kanker.

Lain halnya bila hubungan seks dilakukan pada usia diatas 20 tahun, dimana sel-sel mukosa tidak lagi terlalu rentan terhadap perubahan. Berbagai penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara lesi prakanker dan kejadian IVA positif dengan hubungan seksual pada usia dini, khususnya sebelum umur 16 tahun. Faktor risiko ini dihubungkan dengan karsinogen pada zona transformasi yang sedang berkembang dan paling berbahaya apabila terpajan HPV dalam 5-10 tahun setelah menarche (Wright, 2005).

#### **5.3.4 Jumlah Pasangan Seksual**

Berdasarkan hasil uji statistik dapat diketahui bahwa hasil uji statistik disimpulkan bahwa variabel jumlah pasangan seksual berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Perilaku seksual berganti-ganti pasangan pada pernikahan lebih dari satu kali secara bermakna meningkatkan peluang terjadinya IVA positif. Berganti-ganti pasangan akan memungkinkan tertularnya penyakit kelamin, salah satunya Human Papilloma Virus (HPV). Virus ini akan mengubah sel-sel di permukaan mukosa hingga membelah menjadi lebih banyak dan tidak terkendali sehingga menjadi kanker. Terjadi peningkatan 10 kali lipat lebih besar bila seorang wanita pernah memiliki pasangan enam orang atau lebih selain itu, virus herpes simpleks tipe-2 dapat menjadi faktor pendampingnya (Novel, 2010).

#### **5.3.5 Ras**

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa variabel ras berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Hal ini dikarenakan adanya perbedaan mencolok antara responden dengan ras Jawa dan responden non Jawa. Penelitian ini dilakukan di pulau Jawa dengan ras terbanyak di ras Jawa, sehingga dapat dipastikan variabel ini memhubungkan hasil.

### **5.3.6 Paritas**

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa variabel multiparitas berhubungan dengan hasil dari deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA di desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018.

Semakin tinggi risiko pada wanita dengan banyak anak, apalagi dengan jarak persalinan yang terlalu pendek. Dari berbagai literatur yang ada, seorang perempuan yang sering melahirkan (banyak anak) termasuk golongan risiko tinggi untuk meningkatkan risiko kejadian IVA positif. Dengan seringnya seorang ibu melahirkan, maka akan berdampak seringnya terjadi perlukaan di organ reproduksinya yang akhirnya dampak dari luka tersebut akan mempermudah timbulnya HPV sebagai penyebab terjadinya lesi prakanker serviks. Pada wanita dengan paritas 6 atau lebih mempunyai risiko untuk menjadi IVA positif 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dengan paritas tiga atau kurang. Eversi epitel kolumnar selama kehamilan menyebabkan dinamika baru epitel metaplastik matur sehingga meningkatkan risiko transformasi sel. Middeldorp tahun 2001, membuktikan bahwa pada kehamilan progesteron dapat menginduksi onkogen HPV menjadi stabil sehingga terjadi integrasi DNA virus ke dalam genom penjamu dan menurunnya kekebalan mukosa zona transformasi (Middeldorp, 2001).

### **5.3.7 Riwayat Paparan Asap rokok**

Hampir seluruh responden mengakui bahwa dirinya sering terkena asap rokok, baik dari lingkungan rumah maupun luar rumah. Berdasarkan uji chi square menunjukkan bahwa variabel paparan asap rokok tidak mempunyai hubungan bermakna dengan hasil deteksi dini kanker serviks melalui metode IVA.

Asap rokok mengandung uap nitrosamin, nitrosamine akan menghasilkan mutagenic berupa volatile, sedangkan bentuk partikel dari asap pada rokok mengandung nitrosamine yaitu dihasilkan oleh lakaloid tembakau nikotin dan nor nikotin yang diketahui sangat karsinogen dan mutagenik. Bahan tersebut oleh peneliti ditemukan pada serviks wanita yang aktif merokok dan dapat menjadi kokarsinogen infeksi HPV dan diketahui dapat menimbulkan kerusakan epitel serviks sehingga mempermudah infeksi HPV dan menyebabkan neoplasma atau

40 populasi sel kanker serviks (Fujita, et al, 2008). Menurut Novia Dewi dalam penelitiannya di Denpasar tahun 2012, wanita yang menghirup asap rokok > 4 jam per hari meningkatkan kejadian IVA positif sebesar 4 kali.

Para responden dalam penelitian ini terkena paparan asap rokok dalam kesehariannya, baik dari suami, maupun lingkungan tempat tinggalnya. Dewasa ini, sangat sulit mengatur konsumsi rokok kepada masyarakat. Sehingga penyakit-penyakit yang disebabkan oleh asap rokok semakin meningkat.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

- 1 Faktor-faktor yang berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA) adalah lama pemakaian kontrasepsi hormonal, umur, usia pertama kali menikah, jumlah pasangan sexual, ras, paritas
- 2 Lama pemakaian kontrasepsi hormonal berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. Pemakaian kontrasepsi hormonal  $\geq 5$  tahun memiliki resiko dengan hasil IVA positif 0,086 kali lebih besar daripada pemakaian kontrasepsi  $< 5$  tahun.
- 3 Umur WUS berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. WUS dengan umur  $> 30$  tahun memiliki resiko dengan hasil IVA positif 0,396 kali lebih besar daripada WUS berusia  $< 30$  tahun.
- 4 Usia pertama kali menikah berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. WUS yang menikah pada usia  $< 20$  memiliki resiko 3,32 kali lebih besar dibandingkan WUS yang menikah pada usia  $> 20$
- 5 Jumlah pasangan sexual berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. Jumlah pasangan sexual lebih dari 1 memiliki resiko 3,256 kali lebih besar dari pada yang memiliki 1 pasangan sexual
- 6 Ras berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. Ras dengan suku jawa beresiko 0,244 kali terkena IVA positif dibandingkan dengan non jawa
- 7 Paritas berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. WUS yang memiliki paritas lebih dari 2 beresiko 4,038 kali lebih besar memiliki hasil IVA positif daripada WUS yang memiliki paritas kurang dari 2
- 8 Riwayat paparan asap rokok berhubungan dengan hasil Inspeksi Visual Asam Asetat. WUS yang terpapar asap rokok memiliki resiko 12,421 kali lebih besar memiliki hasil IVA positif daripada WUS yang tidak terpapar asap rokok
- 9 Faktor yang paling berpengaruh dalam hasil IVA adalah lamanya pernikahan menikah

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti selanjutnya dapat menambahkan lebih banyak variable untuk diteliti. Peneliti dapat melakukan penelitian dengan desain studi case control disertai dengan wawancara mendalam atau dengan desain kohort sehingga bisa mengetahui secara lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian IVA positif .

### **6.2.2 Bagi Masyarakat**

WUS sebaiknya dapat melakukan pemeriksaan skrinning deteksi dini kanker serviks dengan metode pemeriksaan IVA di fasilitas kesehatan secara rutin setiap tahunnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andina. 2017. *Asuhan pada Kehamilan Panduan Lengkap Asuhan Selama Kehamilan Bagi Praktisi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Fadlun dan Achmad Feryanto. 2014. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Yogyakarta Salemba Medika
- Fathoni,Akhmad,dkk. (2012) Peran Kader Dalam Deteksi Dini Kasus Resiko Tinggi Ibu Hamil dan Neonatus. *Jurnal Kesehatan Prima* Vol.6 No.2, 968-975.
- Hernawati, 2017. *Buku Ajar Bidan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Trans Info Media
- Hidayat, A. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KAB\\_KOTA\\_2015/3571\\_Jatim\\_Kota\\_Kediri\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2015/3571_Jatim_Kota_Kediri_2015.pdf). diakses tanggal 06 November 2017.
- <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-2016.pdf>. diakses tanggal 06 November 2017.
- Marmi, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Meilani, Niken, Nanik Setiyawati dan Dwiana Estiwidani. 2013. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. 2011. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperwatan Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Prawirohardjo, 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- \_\_\_\_\_. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Profil. 2015. *Profil Kesehatan Kota Kediri*.
- Profil. 2016. *Kementerian Kesehatan Indonesia*.

- Ralph dan Martin. 2008. *Buku Saku Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Robbins, Stephen. P dan Judge, Timothy. A. 2011. *Perilaku Organisasi*. Jakarta : Salemba Empat.
- Rochjati, Poedji. 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil Edisi 2*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sulistyawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Syafrudin dan Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Yuni dan Rika. 2014. *Panduan Lengkap Posyandu Untuk Bidan dan Kader*. Yogyakarta : Nuha Medika.

## LAMPIRAN 1

### BIODATA PENELITI

#### IDENTITAS DIRI

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	:	Susanti Pratamaningtyas,M.Keb
2.	Jenis Kelamin	:	Perempuan
3.	Jabatan Fungsional	:	Lektor
4.	NIP/NIK/Identitas Lainnya	:	19760115 200212 2 001
5.	NIDN	:	4015017601
6.	Tempat dan tanggal lahir	:	Nganjuk, 15 Januari 1976
7.	Email	:	<a href="mailto:susantipratamaningtyas@yahoo.com">susantipratamaningtyas@yahoo.com</a>
8.	No. Telpon / HP	:	081336337808
9.	Alamat Kantor	:	Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri
10.	No. Telpon / Faks	:	(0354) 773095
11.	Mata Kuliah yang diampu	:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Konsep Kebidanan</li><li>2. Askeb Persalinan</li><li>3. Askeb Komunitas</li><li>4. Obstetri Ginekologi</li></ol>

## Lampiran 2

### RIWAYAT PENDIDIKAN PENELITI

	S-1	S-2	S-3
Nama perguruan tinggi	UNPAD BANDUNG	UNPAD BANDUNG	-
Bidang ilmu	D-IV Bidan pendidik	Kebidanan	-
Tahun masuk lulus	2003-2004	2010-2012	-

### PENGALAMAN PENELITIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	JML (Juta Rp)
1.	2008	Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini Terhadap Kejadian Kekurangan Energy Protein (KEP) Pada Anak Umur 6-24 Bulan Di Wilayah Kota Kediri	DIPA	10.000.000
2.	2012	Hubungan Antara Kecerdasan Emosional Dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Program Studi Kebidanan Kediri Tahun 2012	RISBINAKES	12.137.000
3.	2013	Hubungan Kompetensi Pedagogik Dosen Dengan Motivasi Belajar Dan Kompetensi Dalam Pembelajaran Pelayanan KB Pada Mahasiswa Prodi Kebidanan Kediri Tahun 2013	RISBINAKES	12.137.000
4.	2013	Pengaruh Pemberian Coklat Terhadap Kadar Endorpin Plasma Dan Dismenorea Pada Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kediri	RISBINAKES	25.000.000
5.	2014	Pengaruh Masase Menggunakan <i>Aromatherapy Clary Sage</i> Terhadap Percepatan Kemajuan Persalinan Kala I Aktif Pada Primigravida Di Bps Kota Kediri	RISBINAKES	9.000.000
6	2015	Efektivitas Metode <i>Metode relaksasi autogenic</i> Terhadap Nyeri Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Di Bpm Patmi Hartati Kabupaten Kediri	RISBINAKES	9.000.000

7.	2016	Efektivitas Program SMS <i>Gateway</i> Terhadap Kemampuan Kemampuan Ibu Hamil Dalam Mendeteksi Risiko Tinggi Kehamilan	RISBINAKES	21.000.000
8.	2017	Pengaruh Relaksasi Autogenic Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif	RISBINAKES	22.076.000
9.	2018	Analisis Faktor Determinan Yang Berhubungan Dengan Hasil Inspeksi Visual Asetat (IVA)	RISBINAKES	30.000.000

### PUBLIKASI ARTIKEL ILMIAH DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

NO	JUDUL ARTIKEL	NAMA JURNAL	VOL/NOT/TH
1.	Beban Kerja, stress kerja dan kinerja berdasarkan kompetensi dosen	Jurnal Kesehatan (The Journal Of Health)	9/2/2011 ISSN : 1693-4903
2.	Hubungan Antara Kecerdasan Emosional Dengan Prestasi Belajar Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Program Studi Kebidanan Kediri Tahun 2012	Gema Bidan Indonesia	2/1/2013 ISSN : 2252-8482
3.	Perbedaan Efektivitas Teknik Counterpreasure Dan Teknik Kneading Terhadap Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Di BPM Siti Munifah Ngadiluwih	Gema Badan Indonesia	2/1/2013 ISSN : 2252-8482
4.	Hubungan Antara Pengetahuan Wanita Usia 15-26 Tahun Dengan Minat Mengikuti Imunisasi HPV (Studi Di Desa Wonorejo Kecamatan Ngadiluwih Kabupaten Kediri)	Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes	4/1/2013 ISSN : 2086-3098
5.	Hubungan Cara Meneteki Yang Benar Dengan Kenaikan Berat Badan Pada Bayi Usia (2 Minggu- 1Bulan) Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagu Kabupaten Kediri	Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes	5/3/2014 ISSN : 2086-3098
6.	Partisipasi Penggunaan Kondom Pada Pria Dengan Kejadian Fluor Albus Pada Wanita Pekerja Seks Di Klinik Seroja Kota Kediri	Gema Bidan Indonesia	3/1/2014 ISSN : 2252-8482
7.	Pengaruh Pemberian Coklat	2-TRIK : Tunas-	4/1/2014

	Terhadap Kadar Endorphin Plasma Dan Dismonorea Pada Mahasiswa Kediri	Tunas Riset Kesehatan	ISSN : 2089-4686
8.	Pengaruh Konsumsi kurma ( <i>Phoenix dactylifera</i> ) Terhadap Kenaikan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Trimester II di Wilayah Puskesmas Kediri	Jurnal Ilmu Kesehatan	5/1/2016 ISSN: 2303-1433
9.	Efforts To Improve Pregnant Woman's Ability To Detect Pregnancy High Risk Through "SMS Gateway"	IOSR Journal Of Nursing and Health Science	6/2/2017 ISSN : 2320-1940
10.	Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Ketuban Pecah Dini si Rumah Sakit Aura Syifa Kabupaten Kediri	Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak	3/1/ 2017 ISSN: 2460 - 7118
11.	Hubungan Berat Bayi Lahir Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primipara	Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak	2/2/2017 ISSN : 2460-7118
12.	The Family Support and Provider Support To Increase Exclusive Breastfeeding Coverage	Humanistic Network For Science And Technology	2/1/2018 ISSN : 2580- 4936
13.	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Unmet Need di Desa Ploso Lor Wilayah Kerja Puskesmas Plosoklaten Kabupaten Kediri	Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak	4/1/2018 ISSN : 2460- 7118



## Lampiran 4

### Surat Permohonan Izin Penelitian Kepada Dinas Kabupaten Kediri



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

- Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C. Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
- Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486613  
- Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847  
- Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Blitar. Telepon (0342) 801043  
- Kampus IV : Jalan KH. Wahid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773095

Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail: [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



Nomor : KP.06.01/4.5/0812/2018  
Lampiran : 1 ( Satu ) berkas  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kediri, 5 September 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri

Di -

Kediri

Dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu di bidang Riset/Penelitian dan untuk meningkatkan mutu Tenaga Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Program Studi D-III dan Sarjana Terapan Kebidanan Kediri, maka setiap Dosen diwajibkan untuk melakukan Riset/Penelitian, sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon ijin Penelitian atas nama :

N a m a : SUSANTI PRATAMANINGTYAS, M.Keb  
Judul Penelitian : ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN HASIL INSPEKSI VISUAL ASAM ASETAT ( IV A ).  
Tempat : UPTD Puskesmas Mojo Kabupaten Kediri  
Waktu : Tanggal 10 September s/d 10 Nopember 2018  
Keterangan : Proposal Penelitian terlampir

Demikian atas ijin yang diberikan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Ketua  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Herawati Mansur, SST., M.Pd., MPsi.  
NIP. 19650110 198503 2 002

## Lampiran 5

### Surat Persetujuan Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
JALAN SOEKARNO HATTA NOMOR 1 TELEPON 689969  
KEDIRI

Website : [www.kedirikab.go.id](http://www.kedirikab.go.id) Email: [bakesbangpol@kedirikab.go.id](mailto:bakesbangpol@kedirikab.go.id)

#### REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/KEGIATAN

NOMOR : 070/ ~~SP~~ /418.62/2018

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
2. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 1 tahun 2015 tentang Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;  
3. Peraturan Bupati Nomor 4 tahun 2015 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.
- Menimbang : 1. Menunjuk Surat Saudara Ketua Program Studi D-III Kebidanan Kediri POLTEKES Kemenkes Malang di Kediri tanggal 10 September 2018 Nomor : PP.06.01/4.5/0812/2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian;  
2. Surat persetujuan lokasi dari Dinas Kesehatan Kab. Kediri Tanggal 10 September 2018 Nomor : 070/811/418.25.2/2018 Perihal Persetujuan Penelitian.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Kediri, memberikan rekomendasi kepada :

- a. Nama : **SUSANTI PRATAMANINGTYAS, M. Keb**  
b. Alamat : Jl. KH. Wakhid Hasyim No.64 B Kediri  
c. Pekerjaan/Jabatan : Dosen  
d. Instansi/Organisasi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang di Kediri  
e. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :

- f. Judul Proposal : *Analisis Faktor Determinan yang berhubungan dengan Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat ( IVA )*  
g. Tujuan Penelitian : Mencari data hasil IVA  
h. Bidang Survey : Kesehatan  
i. Penanggung Jawab : **HERAWATI MANSUR, SST; M. Pd, M.Psi**  
j. Anggota/Peserta : -  
k. Waktu : September s/d Nopember 2018  
l. Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. (UPTD Puskesmas Mojo )

- Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan.  
2. Pelaksanaan kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat.  
3. Data hasil pelaksanaan kegiatan penelitian/survey hanya boleh digunakan untuk kepentingan penyelesaian tugas akademis pemohon/peneliti dan tidak boleh digunakan untuk tujuan lain yang dapat merugikan pemerintah/instansi lokasi kegiatan.  
4. Setelah selesai melaksanakan kegiatan pemohon/peneliti agar memberikan laporan tertulis hasil kegiatannya minimal 1 exemplar kepada Bakesbangpol Kabupaten Kediri.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Kediri, 04 September 2018  
Kepala BAKESBANGPOL  
KABUPATEN KEDIRI  
Kabid. Kewaspadaan  
  
**IWAN AGUS WIJAYA, S.Sos**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19710808 199101 1 001

#### TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Ibu Bupati Kediri ( sebagai laporan );
2. Sdr. Kepala Balitbangda Kabupaten Kediri;
3. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri;
4. Sdr. Ketua Program Studi D-III Kebidanan POLTEKES Kemenkes Malang di Kediri;
5. A R S I P.

Lampiran 6

DOKUMENTASI





## Lampiran 7

### Daftar Hadir Responden

#### DAFTAR HADIR

Acara : Analisis Faktor Determinan Yang Berhubungan Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat ( IVA )  
 Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018  
 Hari / Tanggal : Senin, 15 Oktober 2018  
 Waktu : 08.00 s/d 13.00 WIB  
 Tempat : PKM Mojo

NO	NAMA	ALAMAT	Tanda Tangan
1	SITI MASRUHIN	Petok	1
2	ERLIANA	Petok	2
3	LUSIANAH	-	3
4	SELUWAMI	-	4
5	Dewi Masitoh	-	5
6	SUPRIHATIN	Petok	6
7	Arifana	Petok	7
8	GURPUTUL AINI	Petok	8
9	ST NURHAYATI	Petok	9
10	HINDUN R	Petok	10
11	Islamiyah	Petok	11
12	ARVIN	Petok	12
13	Sriani	Petok	13
14	Vamin	Petok	14
15	Jasemi	Petok	15
16	Ani Zulfaris	Petok	16
17	Rulcajuli	Petok	17
18	KARMU	Petok	18
19	Meliana	Petok	19
20	MUOLMOM	Petok	20
21	BIBIT ERHAYATI	Petok	21
22	khairat Rohmah	Petok	22
23	LAILI FITRIYAH	Petok	23
24	FIRI ARWATI	Petok	24
25	RIMA SUGIARTI	Petok	25
26	Umi ati	Petok	26
27	Melisa	Petok	27
28	Suti anah	Petok	28
29	komariyah	Petok	29
30	sri asmira	Petok	30

NO	NAMA	ALAMAT	
31	STI SOLIKAH	Petoh	31
32	Siti Mahmudah	Petoh	32
33	HARUL ISTIANA.	Petoh	33
34	ELA NOVANTI	Petoh	34
35	Dina Mariana	Petoh	35
36	Lilik Mukarrah	Petoh	36
37	Umi Kusuyah	Petoh	37
38	FITRIANI	Petoh	38
39	RUSMINTI	Petoh	39
40	Eli Farida	Petoh	40
41	Ninik Ernawati	Petoh	41
42	Lilik	Petoh	42
43	BIBIT ERTAWATI	Petoh	43
44	Siti Rukayah	Petoh	44
45	KARMU	Petoh	45
46	HOIRUR ROHMAN	Petoh	46
47	QURROTUL AYUNI	Petoh	47
48	LILIS	Petoh	48
49	LAILI FITRIAH	Petoh	49
50	Astri Winarti	Petoh	50
51	Hindun Muzah	Petoh	51
52	Istiqadah	Petoh	52
53	Siti Khodijah	Petoh	53
54	HASANAH MUDAWANAH	Petoh	54
55	INTAN	Petoh	55
56	KOTIPAH	Petoh	56
57	MIFTACHUL JANNAH	Petoh	57
58	Anik Puspita	Petoh	58
59	Harin Hafiza	Petoh	59
60	Samiasih	Petoh	60
61	Sda Yanti Astuti	Petoh	61
62	Suprihatin	petoh	62
63	LINNA, F	Petoh	63
64	Sri Malihah	Petoh	64
65	Nur Ajah.	Petoh	65
66	Purwati	Petoh	66
67	Eka Rovita	Petoh	67
68	Anuk Indrawati	Petoh	68

NO	NAMA	ALAMAT	Tanda Tangan
69	Hartina P	Petok	69
70	Himatul Lailah	Petok	70
71	Siti Fatimah	Petok	71
72	HASANATUL - MUDAHA	Petok	72
73	Hindun Murtahi	Petok	73
74	Eka henny SW	Petok	74
75	PETNO FURRIANI	Petok	75
76	LIMI NAFI'AH	Petok	76
77	MURUL KHAFIFAH	Petok	77
78	ERICKA rahmanwati	Petok	78
79	RIPDAH	Petok	79
80	TRIJANI	Petok	80
81	TRIAS TUSIK	Petok	81
82	Tri Retno	Petok	82
83	WIKIK ENDAH	Petok	83
84	Umi haniz	Petok	84
85	EMI AMILIS	Petok	85
86	LILIK FARIDAH	Petok	86
87	Ni'matus s	Petok	87
88	MILAM AGRETI ATU	Petok	88
89	wiwik wijayanti	Petok	89
90	Anislyah	Petok	90
91	Siti Faida	Petok	91
92	Siti MASRURAH	Petok	92
93	DWI MEI IRAWATI	Petok	93
94	MASRURAH	Petok	94
95	SULASTI	Petok	95
96	Khairun Nisak	Petok	96
97	Dina Supriah	Petok	97
98	wiji suthini	Petok	98
99	Nik Ratih Cholifah	Petok	99
100	NEUR hayati	Petok	100

NO	NAMA	ALAMAT	Tanda Tangan
101	ELI MU'AROFAH	Petoh	101 
102	Mariani	sa	102 
103	zulfa Mahmuda	Petoh	103 
104	Sri Fatma	petoh	104 
105	Mika Atu	Petoh	105 
106	FANNY A.	Petoh.	106 

Ketua Peneliti



Susanti Pratamaningtyas, M.Keb.  
NIP. 19760115 200212 2 001

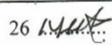
## Lampiran 8

### Daftar Hadir Enumerator

#### DAFTAR HADIR ENUMERATOR

Acara : Analisis Faktor Determinan Yang Berhubungan Hasil Inspeksi Visual Asam Asetat ( IVA )  
 Di Desa Petok Kecamatan Mojo Kabupaten Kediri Tahun 2018  
 Hari / Tanggal : Senin, 15 Oktober 2018  
 Waktu : 08.00 s/d 13.00 WIB  
 Tempat : .....

NO	N A M A	ALAMAT	Tanda Tangan
1	Siti Munawaroh	SURAT	1 .....
2	Idamaful	SURAT	2 .....
3	Zuraida E.W	MONDO	3 .....
4	Frida Eny	Petok	4 .....
5	Wiwik Endang - S	MOJO	5 .....
6	ENIK ZULIAT	MONDO	6 .....
7	Harimanu A	SUKOANYAR	7 .....
8	Khotim A	SUKOANYAR	8 .....
9	Emo - Kristianingsih	SURAT	9 .....
10	Sofia A	Petok	10 .....
11	Rokmah	Petok	11 .....
12	ARI Puji Wahyuni	Petok	12 .....
13	Rini S	PLOSO	13 .....
14	Hilmi S	PLOSO	14 .....
15	Hamik	MONDO	15 .....
16	Muhammad	MONDO	16 .....
17	Kentrih	MONDO	17 .....
18	Umi Hanikah	SUKOANYAR	18 .....
19	Lili Fakinda	T ..	19 .....
20	Umi Hanik	SUKOANYAR	20 .....
21	IDA MATUL HUSNA	SURAT	21 .....
22	Murul FZ	PLOSO	22 .....
23	ZULFA KHOLIDIA	PLOSO	23 .....
24	Rohayu Ika K	SURAT	24 .....
25	Yuyun Ariska	SURAT	25 .....

NO	NAMA	ALAMAT	Tanda Tangan
26	Ni MATUS SHOLIKAH	SEKANIYAK	26 
27	Murhayati wahyuni	KRATON	27 
28	Reli A	MOJO	28 
29	Siti Mu'arifah	MONDO	29 
30	Bitrotin	MONDO	30 

Ketua Peneliti

Susanti Pratamaningtyas, M.Keb.  
NIP. 19760115 200212 2 001

## Lampiran 9

### Hasil Perhitungan Uji Statistik Menggunakan Uji Chi Square

#### A. Hubungan Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kb * iva	74	100.0%	0	0.0%	74	100.0%

**kb \* iva Crosstabulation**

Count		iva		Total
		positiv	negatif	
kb	<5	10	30	40
	≥5	27	7	34
Total		37	37	74

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.765 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	19.643	1	.000		
Likelihood Ratio	23.024	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.471	1	.000		
N of Valid Cases	74				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.00.

b. Computed only for a 2x2 table

## B. Hubungan Umur dengan Hasil Skinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Umur \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	Negatif	
Umur	< 30	14	20	34
	≥30	46	26	72
Total		60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.850 <sup>a</sup>	1	.028		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.969	1	.046		
Likelihood Ratio	4.839	1	.028		
Fisher's Exact Test				.036	.023
Linear-by-Linear Association	4.804	1	.028		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.75.

b. Computed only for a 2x2 table

### C. Hubungan Usia Pertama Kali Menikah dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia Pertama Kali Menikah* Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Usia \* Iva Crosstabulation**

Count

	Iva		Total
	positive	negatif	
Usia Pertama Kali Menikah <20	34	13	47
Usia Pertama Kali Menikah ≥ 20	26	33	59
Total	60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.513 <sup>a</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.401	1	.007		
Likelihood Ratio	8.701	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	8.433	1	.004		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.40.

b. Computed only for a 2x2 table

#### D. Hubungan Jumlah Pasangan Sexual dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Pasangan * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Jumlah \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Jumlah Pasangan	1 >1	58	41	99
Total		60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.398 <sup>a</sup>	1	.122		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.331	1	.249		
Likelihood Ratio	2.408	1	.121		
Fisher's Exact Test				.235	.125
Linear-by-Linear Association	2.375	1	.123		
N of Valid Cases	106				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.04.

b. Computed only for a 2x2 table

## E. Hubungan Ras dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ras * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Ras \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Ras	Jawa	55	45	100
	luar jawa	5	1	6
Total		60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.850 <sup>a</sup>	1	.174	.230	.177
Continuity Correction <sup>b</sup>	.876	1	.349		
Likelihood Ratio	2.058	1	.151		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.832	1	.176		
N of Valid Cases	106				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.60.

b. Computed only for a 2x2 table

## F. Hubungan Paritas dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Paritas \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Paritas	≤ 2	53	30	83
	>2	7	16	23
Total		60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.189 <sup>a</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.885	1	.009		
Likelihood Ratio	8.221	1	.004		
Fisher's Exact Test				.008	.004
Linear-by-Linear Association	8.112	1	.004		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.98.

b. Computed only for a 2x2 table

## G. Hubungan Riwayat Paparan Asap Rokok dengan Hasil Skrinning IVA

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Rokok * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Rokok \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	Negativ	
Rokok	Ya	59	38	97
	tidak	1	8	9
Total		60	46	106

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.286 <sup>a</sup>	1	.004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.386	1	.012		
Likelihood Ratio	8.926	1	.003		
Fisher's Exact Test				.010	.005
Linear-by-Linear Association	8.208	1	.004		
N of Valid Cases	106				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Lampiran 10**

**Hasil Penghitungan Odds Ratio**

**A. Odds Ratio Pada Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kb * iva	74	100.0%	0	0.0%	74	100.0%

**kb \* iva Crosstabulation**

Count

		iva		Total
		Positif	Negatif	
kb	<5	10	30	40
	≥5	27	7	34
Total		37	37	74

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kb (1 / 2)	.086	.029	.259
For cohort iva = <5	.315	.179	.553
For cohort iva = ≥5	3.643	1.838	7.219
N of Valid Cases	74		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	21.765	1	.000
Mantel-Haenszel	19.377	1	.000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.086
ln(Estimate)			-2.449
Std. Error of ln(Estimate)			.560
Asymp. Sig. (2-sided)			.000
	Common Odds Ratio	Lower Bound	.029
Asymp. 95% Confidence Interval		Upper Bound	.259
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-3.545
		Upper Bound	-1.352

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

## B. Odds Ratio Pada Umur

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
IVA * UMUR	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**IVA \* UMUR Crosstabulation**

Count

		UMUR		Total
		kurang dari 30	lebih dari 30	
IVA	positive	14	46	60
	negatif	20	26	46
Total		34	72	106

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for IVA (positive / negatif)	.396	.172	.912
For cohort UMUR = kurang dari 30	.537	.305	.944
For cohort UMUR = lebih dari 30	1.356	1.016	1.812
N of Valid Cases	106		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	4.850	1	.028
Mantel-Haenszel	3.932	1	.047

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.396
ln(Estimate)			-.927
Std. Error of ln(Estimate)			.426
Asymp. Sig. (2-sided)			.030
	Common Odds Ratio	Lower Bound	.172
Asymp. 95% Confidence		Upper Bound	.912
Interval		Lower Bound	-1.763
	ln(Common Odds Ratio)	Upper Bound	-.092

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

### C. Odds Ratio Pada Usia Pertama Kali Menikah

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

#### Usia \* Iva Crosstabulation

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Usia	< 20	34	13	47
	≥20	26	33	59
Total		60	46	106

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (kurang 20 / lebih 20)	3.320	1.462	7.538
For cohort Iva = positive	1.642	1.171	2.301
For cohort Iva = negatif	.495	.296	.828
N of Valid Cases	106		

#### Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	8.513	1	.004
Mantel-Haenszel	7.331	1	.007

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			3.320
ln(Estimate)			1.200
Std. Error of ln(Estimate)			.418
Asymp. Sig. (2-sided)			.004
	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.462
Asymp. 95% Confidence		Upper Bound	7.538
Interval		Lower Bound	.380
	ln(Common Odds Ratio)	Upper Bound	2.020

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

## D. Odds Ratio Jumlah Pasangan Sexual

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pasangan (1 pasangan / lebih dari 1 pasangan)	3.256	.602	17.597
For cohort IVA = positive	1.980	.606	6.469
For cohort IVA = negative	.608	.362	1.022
N of Valid Cases	106		

### Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	2.068	1	.150
Mantel-Haenszel	1.082	1	.298

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate		3.256
ln(Estimate)		1.180
Std. Error of ln(Estimate)		.861
Asymp. Sig. (2-sided)		.170
	Common Odds Ratio	Lower Bound .602
		Upper Bound 17.597
Asymp. 95% Confidence Interval	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound -.507
		Upper Bound 2.868

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

## E. Odds Ratio Ras

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Suku * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Suku \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Suku	jawa	55	45	100
	luar jawa	5	1	6
Total		60	46	106

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Suku (jawa / luar jawa)	.244	.028	2.169
For cohort Iva = positive	.660	.443	.984
For cohort Iva = negatif	2.700	.445	16.371
N of Valid Cases	106		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	1.850	1	.174
Mantel-Haenszel	.868	1	.352

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			.244
ln(Estimate)			-1.409
Std. Error of ln(Estimate)			1.114
Asymp. Sig. (2-sided)			.206
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.028
		Upper Bound	2.169
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-3.592

## F. Odds Ratio Paritas

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Paritas * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Paritas \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	negatif	
Paritas	≤2	53	30	83
	>2	7	16	23
Total		60	46	106

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (satu / lebih 1)	4.038	1.493	10.919
For cohort Iva = positive	2.098	1.108	3.974
For cohort Iva = negatif	.520	.351	.770
N of Valid Cases	106		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	8.189	1	.004
Mantel-Haenszel	6.820	1	.009

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			4.038
ln(Estimate)			1.396
Std. Error of ln(Estimate)			.508
Asymp. Sig. (2-sided)			.006
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.493
		Upper Bound	10.919
Interval	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.401
		Upper Bound	2.390

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

## G. Odds Ratio Paparan Asap Rokok

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Rokok * Iva	106	100.0%	0	0.0%	106	100.0%

**Rokok \* Iva Crosstabulation**

Count

		Iva		Total
		positive	Negativ	
Rokok	Ya	59	38	97
	tidak	1	8	9
Total		60	46	106

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Rokok (Ya / tidak)	12.421	1.493	103.321
For cohort Iva = positive	5.474	.857	34.981
For cohort Iva = Negativ	.441	.314	.618
N of Valid Cases	106		

**Tests of Homogeneity of the Odds Ratio**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

**Tests of Conditional Independence**

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	8.286	1	.004
Mantel-Haenszel	6.326	1	.012

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

**Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate**

Estimate			12.421
ln(Estimate)			2.519
Std. Error of ln(Estimate)			1.081
Asymp. Sig. (2-sided)			.020
	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.493
Asymp. 95% Confidence		Upper Bound	103.321
Interval		Lower Bound	.401
	ln(Common Odds Ratio)	Upper Bound	4.638

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.